La teoría polivagal en terapia

Cómo unirse al ritmo de la regulación

Deb Dana

Prólogo de Stephen W. Porges

EDITORIAL ELEFTHERIA

La teoría polivagal en terapia

Cómo unirse al ritmo de la regulación

DEB DANA

Prólogo de
STEPHEN W. PORGES

Traducción del inglés:
Antonio Aguilella Asensi

EDITORIAL ELEFTHERIA

Nota a los lectores: los estándares de la práctica clínica y su protocolo cambian con el tiempo, y no se garantiza que una técnica o recomendación sea segura o efectiva en todas las circunstancias. Este libro está concebido como un recurso de información general para profesionales que ejercen en el campo de la psicoterapia y la salud mental, pero no sustituye a la formación pertinente, a la revisión de pares ni a la supervisión clínica. Ni la editorial ni la autora pueden garantizar la exactitud, eficacia o idoneidad absolutas de ninguna recomendación particular en todos los aspectos.

Todos los derechos reservados.
Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Título original: *The Polyvagal Theory in Therapy. Engaging the rhythm of regulation*
Copyright © 2018 Deb Dana
Publicado originalmente por W. W. Norton & Company, Inc.,
500 Fifth Avenue, New York, N.Y. 10110

© 2019 EDITORIAL ELEFTHERIA, S.L.
Sitges, Barcelona, España
www.editorialeleftheria.com
Primera edición: febrero de 2019
© De la traducción: Antonio Aguilella Asensi
Ilustración de cubierta: Mauricio Restrepo
Maquetación: Ana Córdoba Pérez
ISBN (e-book): 978-84-949641-4-5

Estimado lector: gracias por comprar este libro electrónico, gracias por pagar su precio, eso significa que das valor al conocimiento: a los años de investigación y trabajo del autor, a los meses de trabajo de la traductora, a las muchas horas de la diseñadora gráfica, de la correctora y del personal de la editorial que creyó necesario que este libro estuviera disponible en español. Cuando pagas por este libro, contribuyes a esta cadena tan hermosa de trabajo y valor del conocimiento. Por favor cuida esta cadena, somos unas pocas personas y familias esforzándonos.

Index

La teoría polivagal en terapia

Dedicatoria

PRÓLOGO

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN

SECCIÓN I. Trabar amistad con el sistema nervioso

SEGURIDAD, PELIGRO Y AMENAZA VITAL: PATRONES DE RESPUESTA ADAPTATIVA

VIGILANCIA AUTÓNOMA: NEUROCEPCIÓN

CONFIGURADOS PARA CONECTAR

CSECCIÓN II. Mapear el sistema nervioso

MAPA DE PERFIL PERSONAL

MAPA DE DESENCADENANTES Y DESTELLOS

MAPA DE RECURSOS REGULADORES

SECCIÓN III. Recorrer el sistema nervioso

CONEXIÓN COMPASIVA

CONSCIENTE DE FORMA SEGURA Y CAPAZ DE ESTAR PRESENTE

CREAR UN ENTORNO SEGURO

SECCIÓN IV. Moldear el sistema nervioso

EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO COMO SISTEMA RELACIONAL

TONIFICAR EL SISTEMA CON RESPIRACIÓN Y SONIDO

REGULACIÓN A TRAVÉS DEL CUERPO

LA REGULACIÓN VAGAL CON EL CEREBRO EN MENTE

ESTADOS ENTRELAZADOS

CONCLUSIÓN

APÉNDICE: MEDITACIONES AUTÓNOMAS

FICHAS

REFERENCIAS

ÍNDICE POR PALABRAS

A Steve, a quien agradezco que me invitara a unirme a él en esta gran aventura; a mi familia polivagal, que me recuerda que no estoy sola; y a Bob, que me llena el corazón de alegría todos los días.

PRÓLOGO
– Stephen W. Porges –

Desde que surgió la teoría polivagal en 1994, he estado inmerso en un viaje personal para expandir sus aplicaciones clínicas. En este viaje, los conceptos y constructos polivagales se han trasladado de las limitaciones del laboratorio al entorno clínico, en el que los terapeutas aplican intervenciones innovadoras para mejorar y optimizar las experiencias humanas. Inicialmente, el poder explicativo de la teoría proporcionó a los terapeutas un lenguaje para ayudar a sus pacientes a redefinir sus reacciones a acontecimientos traumáticos. Con la teoría, los pacientes eran capaces de comprender las funciones adaptativas de sus reacciones. A medida que los perspicaces y compasivos terapeutas transmitían los elementos de la teoría a sus pacientes, los supervivientes del trauma empezaban a replantearse sus experiencias, de manera que sus narraciones personales dejaban de ser victimistas y se convertían en heroicas. La teoría se basó en la ciencia de laboratorio, pasó a aplicarse en la investigación para descifrar los mecanismos neurobiológicos de los trastornos psiquiátricos y ahora, gracias a los conocimientos de Deb Dana y de otros terapeutas, sirve de fundamento para el tratamiento clínico.

El viaje del laboratorio a la práctica clínica comenzó el 8 de octubre de 1994 en Atlanta, cuando presenté la teoría polivagal ante la comunidad científica en mi discurso presidencial en la Society for Psychophysiological Research. Meses después, la teoría se difundió a través de una publicación en

la revista de la sociedad, *Psychophysiology* (Porges, 1995). El artículo se titulaba "Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory" ("Orientarse en un mundo defensivo: modificaciones de los mamíferos en nuestra herencia evolutiva. Una teoría polivagal"). El título, diseñado para codificar crípticamente varias características de la teoría, tenía la intención de hacer hincapié en que los mamíferos habían evolucionado en un entorno hostil en el que la supervivencia dependía de su capacidad para regular los estados defensivos mediante estados de seguridad y confianza, que fomentaban el comportamiento cooperativo y la salud.

En 1994 ni se me pasaba por la cabeza que los profesionales clínicos fueran a adoptar la teoría. No previ su importancia en la comprensión de las experiencias relacionadas con el trauma. Como soy científico, y no médico, quería comprender cómo influía el sistema nervioso autónomo en los procesos mentales, de comportamiento y fisiológicos. Mis intereses clínicos se limitaban a la obstetricia y a la neonatología con especial atención al control del riesgo para la salud durante el parto y los primeros días de vida. Conforme a las demandas y recompensas de ser un investigador académico, lo que me interesaba eran los mecanismos. En mis sueños de aplicación más optimistas, fantaseaba con que mi trabajo evolucionara hacia evaluaciones novedosas de la función autónoma. A principios de la década de 1990 no me interesaban ni las emociones ni el comportamiento social ni la importancia de las interacciones sociales en la salud y en la regulación del sistema nervioso autónomo; no creía que mi investigación pudiera conducir a estrategias de intervención.

Después de la publicación de la teoría polivagal, empecé a sentir curiosidad por las características de individuos con diversos diagnósticos psiquiátricos. Me di cuenta de que la investigación revelaba con fiabilidad un tono vagal cardíaco deprimido (es decir, una arritmia del seno respiratorio y otras

muestras de la variabilidad de la frecuencia cardíaca) y una atípica regulación vagal cardíaca en respuesta a los retos. También noté que muchos trastornos psiquiátricos parecían compartir síntomas que podían explicarse como una depresión o disfunción del sistema de compromiso social que se manifestaba en hipersensibilidades auditivas, dificultades de procesamiento auditivo, afecto facial plano, mirada desvaída y falta de prosodia. Esta curiosidad desembocó en un programa de investigación ampliado en el que realicé estudios que evaluaban a grupos clínicos (por ejemplo, autismo, mutismo selectivo, VIH, trastorno de estrés postraumático, síndrome del X frágil, trastorno límite de personalidad, mujeres con antecedentes de abuso, niños que tartamudean o bebés prematuros). En estos estudios se utilizó la teoría polivagal para explicar los hallazgos y para confirmar que muchos trastornos psiquiátricos se manifestaban en una disfunción del complejo vagal "ventral", que incluía un tono vagal cardíaco inferior y la función depresiva asociada de los músculos estriados de la cara y la cabeza, lo que daba como resultado un afecto facial plano y falta de prosodia.

En 2011, la editorial Norton me publicó un libro que recogía los estudios sobre las investigaciones con grupos clínicos, *La teoría polivagal: fundamentos neurofisiológicos de las emociones, el apego, la comunicación y la autorregulación* (Ediciones Pléyades, 2017). Gracias a esta publicación, la teoría polivagal se hizo accesible para los profesionales clínicos; ya no estaba constreñida a las bibliotecas digitales vinculadas a universidades e institutos de investigación. La publicación del libro despertó gran interés dentro de la comunidad médica, especialmente en los traumatólogos. No había previsto que el impacto principal de la teoría radicaría en proporcionar explicaciones neurofisiológicas plausibles para las experiencias descritas por individuos que habían experimentado un trauma. Para estos individuos, la teoría proporcionaba una comprensión de cómo, después de experimentar una

amenaza vital, sus reacciones neuronales se ajustaban a un sesgo defensivo y perdían la capacidad de recuperación para volver a un estado de seguridad.

Esto generó invitaciones a reuniones de orientación clínica y a la realización de talleres sobre la teoría polivagal para médicos. Durante los últimos años, se ha producido un aumento de la percepción de la teoría polivagal en varias áreas clínicas. Esta bienvenida por parte de la comunidad clínica sacó a relucir ciertas limitaciones en mi conocimiento. A pesar de que podía hablar con los médicos y deconstruir sus presentaciones de casos clínicos en constructos descritos por la teoría, yo *no* era médico. Estaba limitado en mi forma de relacionar la teoría con el diagnóstico clínico, el tratamiento y el resultado.

Durante este período conocí a Deb Dana. Deb es un terapeuta de mucho talento con agudos conocimientos sobre el trauma y con el deseo de integrar la teoría polivagal en el tratamiento clínico. Para Deb, la teoría polivagal proporcionaba un lenguaje corporal que discurría en paralelo a sus sentimientos y a la conexión intuitiva con sus pacientes. La teoría proporcionaba una sintaxis para etiquetar sus experiencias y las de sus pacientes, que se corroboraban mediante mecanismos neuronales documentados. Funcionalmente, la teoría se convirtió en una lente o perspectiva de cómo apoyaba a sus pacientes y reaccionaba ante ellos. La teoría transformaba el carácter documental de la narrativa del paciente en una búsqueda pragmática de seguridad con un impulso corporal implícito hacia la supervivencia. A medida que la teoría impregnaba su modelo clínico, comenzó a desarrollar una metodología para formar a otros terapeutas. Este libro es el producto de esa transición. En *La teoría polivagal en terapia*, Deb Dana transforma con brillantez una teoría basada en la neurobiología en una práctica clínica y hace que la teoría polivagal cobre vida.

REFERENCIAS

Porges, S. W. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory. *Psychophysiology,* 32 (4), 301-318.

Porges, S. W. (2017). *La teoría polivagal: fundamentos neurofisiológicos de las emociones, el apego, la comunicación y la autorregulación.* Ediciones Pléyades (original en inglés: 2011).

AGRADECIMIENTOS

Al embarcarme en este viaje, descubrí que para escribir necesitaba salir de la cotidianidad de mi vida diaria. Así que mi marido y yo nos mudamos a una antigua casa de piedra en Sainte-Marie-du-Mont, en Francia, durante un mes. Fue allí donde encontré mi ritmo de escritura, en armonía con el repique de las campanas de la catedral que había al otro lado de la calle y que llevan marcando el paso del tiempo desde el siglo XI. Las campanas se convirtieron en un mantra para mí a medida que llegaban las palabras, se llenaban las páginas y la primera parte del libro tomaba forma. Escribí el resto en Kennebunkport, Maine, en mi casa entre el mar y la linde del bosque. Los árboles y el océano me ofrecían su presencia constante y me volvían a regular cuando el reto de dar con las palabras adecuadas se hacía abrumador.

Aunque escribir es una experiencia solitaria, nunca me sentí sola en el proceso de redacción de este libro. Mi familia, mis amigos y mis colegas me escucharon pacientemente conforme iba averiguando cómo llevar la teoría polivagal a la aplicación diaria. Su fe inquebrantable en mi trabajo y en mi capacidad de compartirlo a través de mis escritos ha hecho posible este libro. Hace muchos años, Linda Graham reconoció mi sueño de escribir sobre mi trabajo y me regaló una insignia con las palabras “Futura autora” que aún tengo en mi escritorio. A lo largo de los meses de redacción, Linda fue una sólida guía que compartió generosamente conmigo su sabiduría como autora de éxito. Recurrí a Tina Zorger, mi compañera de formación durante más de

una década y mi indispensable asistente en la serie de formación Rhythm of Regulation, siempre que me hizo falta un sabio consejo. Celebró mis éxitos y me hizo preguntas importantes que me desafiaban a observar con mayor profundidad. Deb Grant se asoció conmigo para crear el Polyvagal PlayLab, que me proporcionó un espacio en el que jugar con la teoría y un punto de partida para crear la serie Rhythm of Regulation, que es la esencia de este libro. Quiero dar las gracias especialmente a los terapeutas de mis tres primeras formaciones de Rhythm of Regulation, que me ofrecieron su total disponibilidad para ser mis pilotos de pruebas y para asumir los retos de descubrir sus propias historias autónomas y de experimentar con una nueva forma de práctica clínica. Estoy profundamente agradecida a mis pacientes. Este libro no habría cobrado vida sin su coraje para sumergirse en aguas desconocidas conmigo y explorar juntos cómo mirar a través de la lente del sistema nervioso autónomo.

Mi vida cambió cuando leí el libro de Stephen Porges, *La teoría polivagal.* De repente, el mundo adquirió un nuevo sentido para mí. Mi vida cambió de nuevo cuando conocí a Steve. Es un ser humano especial que encarna las cualidades de brillantez y bondad, una rara combinación que es preciso atesorar. Me dio la bienvenida a su mundo y me ayudó a llevar su trabajo al ámbito clínico. Su invitación a vivir la vida desde una perspectiva polivagal está enraizada en cada capítulo.

Y como siempre, quiero dar las gracias a mi marido, Bob, que creyó en mí y me apoyó en cada paso del camino. Su deleite cada vez que yo terminaba una sección y su presencia inquebrantable cuando me atascaba en un punto muerto me permitieron escribir este libro. Me recordaba que las palabras estaban allí y me aseguraba que acabaría encontrándolas.

Este libro debe su existencia a Caroline Pincus, una maravillosa matrona editorial que me animó a traerlo al mundo, y a Deborah Malmud, mi increíble editora en Norton, quien respondió que sí a mi pregunta sobre la posibilidad

de escribir *La teoría polivagal en terapia* y luego me guio en cada paso del camino. Trabajar con su equipo en Norton fue una maravilla.

Me siento enormemente agradecida a las innumerables personas que entraron en mi vida durante este viaje de escritora. Os ofrezco mi profunda gratitud a todos y cada uno de vosotros...

INTRODUCCIÓN

Cuando enseño la teoría polivagal a mis colegas y a mis pacientes, les explico que están aprendiendo acerca de la ciencia de la seguridad, la ciencia de sentirse lo suficientemente seguros como para enamorarse de la vida y correr el riesgo de vivir. La teoría polivagal proporciona una comprensión fisiológica y psicológica de cómo y por qué los pacientes se mueven a través de un ciclo continuo de movilización, desconexión y compromiso. A través de la lente de la teoría polivagal, vemos el papel del sistema nervioso autónomo a medida que moldea las experiencias de seguridad de los pacientes e influye en su capacidad de conexión.

El sistema nervioso autónomo no responde a los desafíos de la vida cotidiana diciéndonos *lo que* somos o *quiénes* somos, sino diciéndonos *cómo* somos. Este sistema gestiona el riesgo y crea patrones de conexión cambiando nuestro estado fisiológico. Estos cambios pueden resultar leves para muchas personas y, en los momentos en que se dan grandes cambios de estado, su sistema es lo suficientemente resiliente como para ayudarlos a regresar a un estado regulado. El trauma interrumpe el proceso de construcción del circuito autónomo de conexión segura y desvía el desarrollo de la regulación y la resiliencia. Los pacientes con un historial traumático suelen experimentar respuestas autónomas más intensas y extremas, lo que afecta a su capacidad para regular y sentirse seguros en las relaciones. La teoría polivagal ayuda a los terapeutas a comprender que los comportamientos de sus pacientes son

acciones autónomas al servicio de la supervivencia, respuestas adaptativas arraigadas en una historia de supervivencia a la que se accede automáticamente.

El trauma amenaza nuestra capacidad de relacionarnos con los demás al reemplazar los patrones de conexión con los patrones de protección. Si no se resuelven, estas respuestas tempranas de supervivencia adaptativa se convierten en patrones autónomos habituales. La terapia a través de una lente polivagal ayuda a los pacientes a reformular las formas en que funcionan sus sistemas nerviosos autónomos cuando el impulso de sobrevivir compite con el anhelo de conectar con los demás.

Este libro está diseñado para ayudarte a incorporar la teoría polivagal a tu práctica terapéutica. Proporciona un enfoque integral de la intervención al presentar formas de mapear la respuesta autónoma y configurar el sistema nervioso autónomo para la seguridad. Con este libro, aprenderás la teoría polivagal y usarás fichas y ejercicios empíricos para aplicar ese conocimiento a los aspectos básicos de la práctica.

La Sección I, "Trabar amistad con el sistema nervioso", presenta la ciencia de la conexión y aporta una fluidez básica en el lenguaje de la teoría polivagal. Estos capítulos exponen los elementos esenciales de la teoría, construyen una base sólida de conocimiento y preparan el escenario para trabajar con las aplicaciones clínicas que se presentan en el resto del libro.

La Sección II, "Mapear el sistema nervioso", se centra en aprender a reconocer los patrones de respuesta. Las fichas que se presentan en estos capítulos generan la capacidad de identificar de manera predecible la ubicación de un individuo en la jerarquía autónoma.

La Sección III, "Recorrer el sistema nervioso", se basa en la experiencia recién adquirida en la identificación de estados autónomos y agrega los siguientes pasos del proceso: aprender a rastrear los patrones de respuesta, reconocer los desencadenantes e identificar los recursos de regulación. Se

presenta un abanico de prácticas de "estar presentes" para respaldar una nueva forma de sintonizar con los patrones de acción, desconexión y compromiso.

La Sección IV, "Moldear el sistema nervioso", explora el uso de vías pasivas y activas para tonificar el sistema nervioso autónomo y remodelarlo para que tenga una mayor flexibilidad de respuesta. Estos capítulos ofrecen formas de activar las capacidades reguladoras del sistema vagal ventral a través de intervenciones en el momento y de prácticas que comienzan a dirigir al sistema hacia la búsqueda de seguridad en la conexión.

A través de las ideas presentadas en este libro, descubrirás cómo el uso de la teoría polivagal en terapia aumenta la efectividad de tu trabajo clínico con supervivientes a los traumas. Este proceso no solo cambiará tu práctica terapéutica, sino también tu forma de ver el mundo y de estar en él. Mi experiencia, tanto personal como al enseñar la teoría polivagal a terapeutas y pacientes, es que hay un antes y un después del aprendizaje de esta teoría. Una vez que comprendas el papel del sistema nervioso autónomo en la configuración de nuestras vidas, ya no podrás dejar de ver el mundo a través de esa lente.

SECCIÓN I

TRABAR AMISTAD CON EL SISTEMA NERVIOSO

Lo más importante en toda educación es hacer que nuestro sistema nervioso se convierta en nuestro aliado, no en nuestro enemigo.

~ WILLIAM JAMES

Si buscas en Google "polyvagal theory" ("teoría polivagal" en inglés), aparecen más de 500.000 resultados, y si buscas "Stephen Porges", aparecen más de 150.000. La teoría polivagal ha realizado un notable viaje que la ha llevado del relativo desconocimiento y la controversia a disfrutar de una amplia aceptación en el campo de la psicoterapia en nuestros días.

La teoría polivagal se remonta a 1969 y al trabajo inicial del doctor Porges con la variabilidad de la frecuencia cardíaca y su "visión de que el control del estado fisiológico podría servir de guía al terapeuta durante la interacción clínica" (Porges, 2017). Como escribió Porges, en ese momento "esperaba conseguir nuevos descubrimientos aplicando estas tecnologías a las poblaciones clínicas. No tenía intención de desarrollar una teoría". La teoría polivagal nació de la pregunta de cómo un nervio —el nervio vago— y su tono, que Porges estaba midiendo, podrían ser tanto un indicador de resiliencia como un factor de riesgo para los recién nacidos. La resolución de

este rompecabezas, ahora conocido como la *paradoja vagal*, condujo a Porges a crear la teoría polivagal.

En la esencia de la teoría polivagal hay tres principios organizadores:

- **Jerarquía:** el sistema nervioso autónomo responde a las sensaciones del cuerpo y a las señales del entorno a través de tres vías. Estas vías funcionan en un orden específico y responden a los desafíos de manera predecible. En orden evolutivo de la más antigua a la más reciente, las tres vías (y sus patrones de respuesta) son el vago dorsal (inmovilización), el sistema nervioso simpático (movilización) y el vago ventral (compromiso social y conexión).

- **Neurocepción:** Porges acuñó este término para describir las formas en que nuestro sistema nervioso autónomo responde a las señales de seguridad, peligro y amenaza vital dentro de nuestros cuerpos, en el mundo que nos rodea y en nuestras conexiones con los demás. A diferencia de la percepción, se trata de "detección sin conciencia" (Porges, s.f.), una experiencia subcortical que ocurre muy por debajo de los dominios del pensamiento consciente.

- **Corregulación:** la teoría polivagal identifica la corregulación como un imperativo biológico, una necesidad que debe cumplirse para sostener la vida. A través de la regulación recíproca de nuestros estados autónomos nos sentimos seguros para conectar y crear relaciones de confianza.

Podemos considerar al sistema nervioso autónomo como la base sobre la cual se construye nuestra experiencia vivida. Este recurso biológico (Kok et al., 2013) es la plataforma neuronal que subyace a cada experiencia. La forma en que nos movemos por el mundo, girando, retrocediendo, a veces

conectándonos y otras veces aislándonos, está guiada por el sistema nervioso autónomo. Respaldados por las relaciones de corregulación, nos volvemos resilientes. En las relaciones en las que abundan las experiencias de falta de sintonía, nos convertimos en maestros de la supervivencia. En cada una de nuestras relaciones, el sistema nervioso autónomo "aprende" sobre el mundo y se tonifica hacia hábitos de conexión o protección.

La esperanza radica en saber que, si bien las experiencias tempranas dan forma al sistema nervioso, las experiencias actuales pueden remodelarlo. Al igual que el cerebro está cambiando continuamente en respuesta a las experiencias y al entorno, nuestro sistema nervioso autónomo también está involucrado, de manera que se puede influir en él intencionadamente. Al igual que los sistemas nerviosos individuales buscan el contacto y la corregulación, los episodios de resonancia y de desajuste se experimentan como momentos de conexión y momentos de protección, respectivamente. Las señales transmitidas de seguridad o peligro que se envían de un sistema nervioso autónomo a otro invitan a la regulación o aumentan la reactividad. En el trabajo con parejas, es fácil observar el aumento de la reactividad que se produce cuando un desacuerdo crece rápidamente y las señales de peligro comunicadas entre ambos sistemas nerviosos activan la necesidad de protección de cada miembro de la pareja. En contraste, la sintonía de la relación entre terapeuta y paciente transmite señales de seguridad y una invitación autónoma para la conexión.

Los seres humanos tenemos el impulso de querer entender el porqué de los comportamientos. Atribuimos la motivación y la intención y asignamos la culpa. La sociedad juzga a los supervivientes del trauma por la forma en que actúan en tiempos de crisis. Todavía con demasiada frecuencia, culpamos a la víctima si no peleó o no trató de escapar, sino que se derrumbó y se rindió. Emitimos un juicio acerca de lo que alguien hizo que nos conduce a una creencia acerca de quién es. Los supervivientes de traumas a menudo piensan

“Es culpa mía” y llevan en su interior a un implacable crítico que refleja la respuesta de la sociedad. En nuestras interacciones diarias con familiares, amigos, colegas e incluso en los intercambios informales con extraños que pueblan nuestra vida, evaluamos a los demás por la forma en que se relacionan con nosotros.

La teoría polivagal proporciona a los terapeutas un marco neurofisiológico para considerar las razones por las que las personas actúan de la manera en que lo hacen. A través de una perspectiva polivagal, entendemos que las acciones son automáticas y adaptables, generadas por el sistema nervioso autónomo muy por debajo del plano consciente. No se trata del cerebro tomando una decisión cognitiva. Se trata de energías autónomas que se asientan en patrones de protección. Y con esta nueva conciencia, se abre la puerta a la compasión.

Un principio de funcionamiento del sistema nervioso autónomo es que “cada respuesta es una acción al servicio de la supervivencia”. No importa lo incongruente que pueda parecer una acción desde el exterior; desde una perspectiva autónoma, siempre es una respuesta de supervivencia adaptativa. El sistema nervioso autónomo no juzga qué es lo bueno y qué es lo malo; se limita a actuar para gestionar el riesgo y buscar seguridad. Ayudar a los pacientes a apreciar la intención protectora de sus respuestas autónomas comienza a reducir la vergüenza y la autoculpa que los supervivientes del trauma sienten con tanta frecuencia. Cuando se les ofrece la perspectiva de la teoría polivagal, sienten curiosidad por las señales de seguridad y peligro que están detectando sus sistemas nerviosos y comienzan a interpretar sus respuestas como valientes actos de supervivencia que pueden soportarse con compasión.

A los terapeutas formados en los traumas se les enseña que una base de trabajo eficaz es comprender que “la percepción es más importante que la realidad”. Es la percepción personal la que crea consecuencias postraumáticas,

y no los hechos reales de una experiencia. La teoría polivagal demuestra que incluso antes de que el cerebro entienda un incidente, el sistema nervioso autónomo ya ha evaluado el entorno e iniciado una respuesta de supervivencia adaptativa. La neurocepción precede a la percepción. La historia sigue al estado. A través de un marco polivagal, la importante pregunta "¿Qué ocurrió?" no se explora para documentar los detalles de un acontecimiento, sino para aprender sobre la respuesta autónoma. Las pistas sobre el sufrimiento actual de un paciente se pueden encontrar en su historial de respuestas autónomas.

El objetivo de la terapia es involucrar a los recursos del vago ventral para que recluten a los circuitos que fomentan los comportamientos prosociales del sistema de compromiso social (Porges, 2009a, 2015a). El sistema de compromiso social es nuestra conexión "cara-corazón", creada a partir de la unión del vago ventral (corazón) y los músculos estriados de la cara y la cabeza que controlan qué aspecto tenemos (expresiones faciales), cómo escuchamos (auditivas) y cómo hablamos (vocalización) (Porges, 2018). En nuestras interacciones usamos el sistema de compromiso social para enviar y buscar señales de seguridad. Tanto en la configuración de la terapia como en la sesión, la creación de las condiciones para un estado fisiológico que fomente un sistema de compromiso social activo es un elemento necesario. "Si no nos sentimos seguros, estamos en un estado crónico de evaluación y actitud defensiva" (Porges, 2011). Lo que brinda la posibilidad de conexión, curiosidad y cambio es un estado vagal ventral y una neurocepción de seguridad. La terapia con un enfoque polivagal sigue la regla de las cuatro R:

- Reconocer el estado autónomo.
- Respetar la respuesta de supervivencia adaptativa.
- Regular o corregular en un estado vagal ventral.
- Reformular la historia.

La siguiente “guía para principiantes” consiste en una serie de directrices de fácil lectura para los terapeutas y presenta la teoría polivagal a los pacientes de una manera sencilla.

GUÍA DE LA TEORÍA POLIVAGAL PARA PRINCIPIANTES

Venimos al mundo configurados para conectar. Con nuestro primer aliento, nos embarcamos en una búsqueda de por vida para sentirnos seguros en nuestro cuerpo, en nuestros entornos y en nuestras relaciones con los demás. El sistema nervioso autónomo es nuestro sistema de vigilancia personal, que siempre está en guardia y preguntando “¿Esto es seguro?”. Su objetivo es protegernos mediante la detección de la seguridad y del riesgo, escuchando a cada momento lo que sucede en nuestros cuerpos, a su alrededor y en las conexiones que tenemos con los demás.

Esta escucha ocurre muy por debajo de la conciencia y lejos de nuestro control consciente. Entendiendo que no se trata de una conciencia que viene con la percepción, Porges acuñó el término *neurocepción* para describir la forma en que nuestro sistema nervioso autónomo analiza en busca de señales de seguridad, peligro y amenaza vital sin involucrar a las partes pensantes de nuestro cerebro. Como los humanos generamos significado, lo que comienza como la experiencia no verbal de la neurocepción impulsa la creación de una historia que da forma a nuestra vida diaria.

El sistema nervioso autónomo

El sistema nervioso autónomo está formado por dos ramas principales, la simpática y la parasimpática, y responde a las señales y a las sensaciones a través de tres vías, cada una con un patrón característico de respuesta. A través de cada una de estas vías, reaccionamos "al servicio de la supervivencia".

La rama simpática se encuentra en la parte media de la médula espinal y representa la vía que nos prepara para la acción. Responde a señales de peligro y desencadena la liberación de adrenalina, que alimenta la respuesta de lucha o huida.

En la rama parasimpática, la teoría polivagal se centra en dos vías que viajan dentro de un nervio llamado vago, que etimológicamente significa "errante", por lo que se trata de un nombre muy acertado. Desde el tronco cerebral en la base del cráneo, el vago viaja en dos direcciones: hacia abajo a través de los pulmones, el corazón, el diafragma y el estómago y hacia arriba para conectar con los nervios en el cuello, la garganta, los ojos y las orejas.

El vago se divide en dos partes: la vía vagal ventral y la vía vagal dorsal. La vagal ventral responde a las señales de seguridad y respalda la sensación de estar comprometido y conectado socialmente de manera segura. En contraste, la vía vagal dorsal responde a las señales de peligro extremo. Nos desconecta, nos saca del plano consciente y nos lleva a un estado protector de colapso. Cuando nos sentimos paralizados, entumecidos o "en otro sitio", es porque el vago dorsal ha tomado el control.

Porges identificó una jerarquía de respuesta integrada en nuestro sistema nervioso autónomo y anclada en el desarrollo evolutivo de nuestra especie. El origen de la vía vagal dorsal de la rama parasimpática y de su respuesta de inmovilización se remonta a nuestros ancestros vertebrados y es la vía más antigua. A continuación se desarrollaron la rama simpática y su patrón de

movilización. La siguiente incorporación fue la vía vagal ventral de la rama parasimpática, que aporta patrones de compromiso social que son únicos para los mamíferos.

Cuando estamos firmemente arraigados en nuestra vía vagal ventral, nos sentimos seguros y conectados, tranquilos y sociables. Una sensación (neurocepción) de peligro puede provocar que salgamos de este estado y retrocedamos en la línea temporal evolutiva hacia la rama simpática. Aquí estamos movilizados para responder y actuar. Pasar a la acción puede ayudarnos a regresar al estado seguro y sociable. Pero cuando sentimos que estamos atrapados y que no podemos escapar del peligro, la vía vagal dorsal nos empuja de vuelta a nuestros comienzos evolutivos. En este estado estamos inmovilizados. Nos apagamos para sobrevivir. A partir de aquí, nos espera un largo y doloroso camino hasta volver a sentirnos seguros y sociables.

La escalera autónoma

Vamos a trasladar nuestro conocimiento básico del sistema nervioso autónomo a la comprensión cotidiana imaginando el sistema nervioso autónomo como si fuera una escalera. ¿Cómo cambian nuestras experiencias a medida que subimos y bajamos por la escalera?

La parte superior de la escalera

¿Cómo debe de ser sentirse seguro y arropado? Brazos fuertes pero cariñosos. Acurrucado, unido a los demás por el llanto y la risa. Libre para compartir, para quedarte, para marcharte…

La seguridad y la conexión están guiadas por la parte evolutivamente más reciente del sistema nervioso autónomo. Nuestro sistema de compromiso social está activo en la vía vagal ventral de la rama parasimpática. En este

estado, nuestro ritmo cardíaco está regulado, nuestra respiración es plena, nos fijamos en las caras de nuestros amigos y podemos sintonizar con conversaciones y desconectar los ruidos que nos distraen. Vemos la "imagen completa" y nos conectamos al mundo y a las personas que lo habitan. Podría describirme como feliz, activa y con interés, y al mundo como seguro, divertido y tranquilo. Desde este lugar vagal ventral en la parte superior de la escalera autónoma, estoy conectada a mis experiencias y puedo llegar a los demás. Algunas de las experiencias cotidianas de este estado son ser organizada, seguir los planes, cuidarme a mí misma, sacar tiempo para jugar, hacer cosas con los demás, sentirme productiva en el trabajo y tener una sensación general de regulación y de gestión. Algunos de sus beneficios para la salud son un corazón sano, una presión arterial regulada, un sistema inmunológico saludable que disminuye mi vulnerabilidad a las enfermedades, una buena digestión, un sueño de calidad y una sensación general de bienestar.

Bajar por la escalera

El miedo me susurra y noto el poder de su mensaje. Muévete, haz algo, escapa. No se puede confiar en nadie. No hay lugar seguro…

La rama simpática del sistema nervioso autónomo se activa cuando sentimos un atisbo de inquietud, cuando algo desencadena una neurocepción de peligro. Entramos en acción. Aquí es donde se da la respuesta de lucha o huida. En este estado, nuestro ritmo cardíaco se acelera, nuestra respiración es

entrecortada y superficial y escaneamos nuestro entorno en busca de peligro: estamos "en movimiento". Podría describirme como ansiosa o enfadada y sentir una oleada de adrenalina que no me deja estar quieta. Estoy atenta a los sonidos de peligro, pero no escucho las voces amigas. El mundo puede parecer peligroso, caótico y hostil. Desde este lugar de movilización simpática —un peldaño más abajo en la escalera autónoma y un paso atrás en la línea temporal evolutiva— puedo pensar: "El mundo es un lugar peligroso y necesito protegerme del daño". Algunos de los problemas cotidianos pueden ser ansiedad, ataques de pánico, ira, incapacidad para concentrarse o seguir adelante y angustia en las relaciones. Entre las consecuencias para la salud tenemos enfermedades cardíacas, presión sanguínea alta, colesterol alto, problemas de insomnio, aumento de peso, deterioro de la memoria, migrañas, tensión crónica en el cuello, los hombros y la espalda, problemas estomacales y mayor vulnerabilidad a las enfermedades.

La parte inferior de la escalera

Estoy lejos, en un lugar oscuro y prohibido. No hago ningún ruido. Soy pequeño y silencioso y apenas respiro. Estoy solo donde nadie me encontrará jamás…

Nuestra vía de respuesta más antigua, la vagal dorsal de la rama parasimpática, es el último recurso. Cuando todo lo demás falla, cuando estamos atrapados y la acción no funciona, el "vago primitivo" nos conduce al cierre, al colapso y a la disociación. Aquí, en la parte más baja de la escalera autónoma, estoy sola con mi desesperación y escapo hacia la inconsciencia, hacia la insensibilidad, casi como una sensación de no existir. Podría describirme como desesperanzada, abandonada, confusa y demasiado cansada para pensar o actuar, y el mundo podría parecer vacío, muerto y oscuro. Desde este primer punto en la línea temporal evolutiva, donde mi mente y mi cuerpo

han pasado al modo de conservación, puedo pensar: “Estoy perdida y nadie me va a encontrar”. Algunos de los problemas en la vida diaria pueden ser la disociación, la dificultad para recordar, la depresión, el aislamiento y la falta de energía para las tareas cotidianas. Algunas de las consecuencias para la salud de este estado pueden ser fatiga crónica, fibromialgia, problemas estomacales, presión arterial baja, diabetes de tipo 2 y aumento de peso.

Movimientos cotidianos en la escalera

Ahora que ya hemos explorado cada una de las zonas de la escalera autónoma, consideremos cómo la subimos y la bajamos. Nuestro lugar preferido está en la parte superior de la escalera. Como dice la canción de Johnny Nash “I can see clearly now”: “Ahora que la lluvia se ha ido veo con claridad. Veo todos los obstáculos en mi camino. Las nubes oscuras que me cegaban se han marchado”. El estado vagal ventral es esperanzador e ingenioso. Podemos vivir, amar y reírnos solos y con los demás. No se trata de un lugar donde todo es maravilloso o donde no hay problemas, sino de un sitio en el que tenemos la capacidad de reconocer la angustia y explorar las opciones, de buscar apoyo y de desarrollar respuestas organizadas. Bajamos por la escalera hacia la acción cuando nos activa una sensación de inquietud, de peligro inminente. Esperamos que entrar en acción aquí nos permita tener espacio suficiente para coger aire y volver a subir la escalera hasta llegar al lugar de seguridad y conexión. Cuando caemos hasta los peldaños del fondo es cuando nos parece que la seguridad y la esperanza de la parte superior de la escalera son inalcanzables.

¿Cómo se plasman los movimientos por la escalera autónoma en nuestra vida cotidiana? Consideremos estos dos escenarios.

Voy al trabajo en coche por la mañana escuchando la radio y disfrutando del comienzo del día (parte superior de la escalera) cuando de pronto oigo una sirena detrás de mí (movimiento rápido de bajar la escalera). Noto que el corazón se me acelera y de inmediato me preocupa haber hecho algo mal (me quedo en ese peldaño inferior). Me detengo y un coche de policía pasa de largo rápidamente. Me incorporo a la circulación, reanudo mi trayecto al trabajo y noto que el corazón comienza a volver a su ritmo normal (subo la escalera). Cuando llego al trabajo, ya me he olvidado del incidente y estoy lista para afrontar el día (de vuelta en la parte superior de la escalera).

Estoy cenando con unos amigos y disfrutando de la conversación y de la diversión de salir con gente que me gusta (parte superior de la escalera). Surge el tema de las vacaciones y empiezo a comparar mi situación con la de mis amigos. Empiezo a enfadarme por no poder permitirme unas vacaciones, por lo bajo que es mi sueldo, porque tengo tantas facturas sin pagar que no voy a poder irme de vacaciones en la vida (bajo la escalera). Me recuesto en la silla y observo mientras mis amigos siguen hablando de vacaciones y de planes de viaje. Me desconecto de la conversación y empiezo a sentirme invisible mientras que la conversación sigue a mi alrededor (me cierro y bajo toda la escalera). Acaba la velada, mis amigos no notan mi silencio y yo me siento como una inadaptada en el grupo (atascada en la parte inferior de la escalera). Me voy a casa y me meto en la cama (el único lugar que conozco ahora es la parte inferior de la escalera). Me despierto a la mañana siguiente y no quiero levantarme ni ir a trabajar (sigo en la parte inferior de la escalera). Me preocupa que me despidan si no aparezco y me arrastro para salir de la cama (tengo algo de energía y comienzo a subir la escalera). Llego tarde al trabajo. Mi jefe me lo recrimina y me muerdo la lengua para no contestarle enfadada (continúo subiendo la

escalera con más energía movilizada). Decido que ya estoy harta de este trabajo y que voy a buscar otro seriamente (sigo subiendo la escalera). Comienzo a considerar las habilidades que puedo aportar a un nuevo trabajo y a pensar que con el trabajo adecuado podré pagar mis facturas e incluso irme de vacaciones. Como con un compañero de trabajo y hablamos de nuestros trabajos y de nuestros sueños de futuro (de vuelta en la parte superior de la escalera).

Trabajo conjunto de los sistemas

Experimentamos bienestar cuando las tres partes de nuestro sistema nervioso autónomo trabajan en conjunto. Para entender esta integración, vamos a aparcar el símil de la escalera y a imaginarnos una casa.

El sistema vagal dorsal se ocupa de los "servicios básicos" del hogar. Funciona continuamente en segundo plano y mantiene nuestros sistemas corporales básicos conectados y en orden. Cuando hay un fallo en el sistema, prestamos atención. Cuando todo marcha sin problemas, las funciones corporales operan automáticamente. Sin la influencia del sistema vagal ventral, los servicios básicos funcionan en una casa vacía, pero "no hay nadie en casa". O, si hay alguien en casa, el entorno no aporta ninguna comodidad. Todo se ajusta al mínimo posible, lo suficiente para que circule el aire y no se congelen las tuberías. El entorno solo es habitable lo justo como para sustentar la vida.

La rama simpática puede considerarse como el sistema de seguridad del hogar que mantiene una gama de respuestas y que está preparado para reaccionar ante cualquier emergencia. Este sistema de alarma está diseñado para desencadenar una respuesta inmediata y luego volver al modo de espera. Sin la influencia del sistema vagal ventral, el sistema de alarma recibe un flujo

constante de notificaciones de emergencia y continúa haciendo sonar la alarma.

El sistema vagal ventral nos permite absorber y saborear este hogar que estamos habitando. Podemos disfrutarlo como un lugar en el que descansar y renovarnos y como un espacio en el que reunirnos con amigos y familiares. Notamos que los "servicios básicos" se ejecutan en segundo plano. Los ritmos de nuestro corazón y nuestra respiración están regulados. Confiamos en que el "sistema de vigilancia" esté alerta. La integración de los sistemas nos permite ser compasivos, sentir curiosidad por el mundo en que vivimos y estar conectados emocional y físicamente con las personas que nos rodean.

¿ADÓNDE VAMOS LUEGO?

Con esta comprensión inicial del papel del sistema nervioso autónomo y de sus respuestas al servicio de nuestra seguridad y supervivencia, podemos comenzar a trabar amistad con el sistema nervioso autónomo y a mapear nuestros patrones de respuesta personales. Las habilidades de trabar amistad conducen a la práctica de estar presentes. Nuestro mapeo conduce naturalmente al seguimiento. Con la conciencia del seguimiento, podemos comenzar a sintonizar y a tonificar adrede nuestro sistema nervioso autónomo. Podemos desenvolvernos satisfactoriamente en nuestra búsqueda de seguridad y conexión.

CAPÍTULO 1

SEGURIDAD, PELIGRO Y AMENAZA VITAL: PATRONES DE RESPUESTA ADAPTATIVA

Nos parecemos en más de lo que nos diferenciamos.

~ MAYA ANGELOU

El sistema nervioso autónomo es un denominador común en los humanos. Todos compartimos la misma plataforma de comportamiento biológico. El cometido del sistema nervioso autónomo es garantizar nuestra supervivencia en momentos de peligro y nuestro crecimiento en momentos de seguridad. Para sobrevivir es necesario detectar las amenazas y que se active una respuesta de supervivencia. Crecer requiere lo contrario: la inhibición de una respuesta de supervivencia para que pueda darse el compromiso social. Sin la capacidad de activación, de inhibición y de flexibilidad de respuesta, sufrimos.

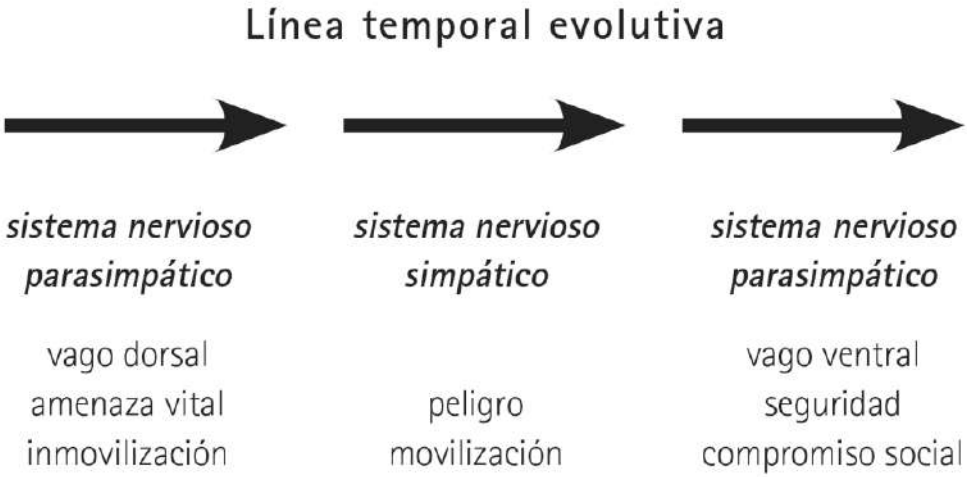
Si pensamos en el trauma tal como lo definió Robert Macy (el presidente del Centro Internacional del Trauma), "una demanda abrumadora del sistema fisiológico humano", el sistema nervioso autónomo entra en juego de inmediato. El trauma y el sistema nervioso autónomo están vinculados, ya sea en un incidente traumático aislado o en eventos traumáticos recurrentes. Si no se dan oportunidades continuas para que las personas se anclen a sistemas de seguridad y para que ejerciten adecuadamente los circuitos neuronales de

activación e inhibición, la capacidad de sus sistemas nerviosos autónomos para conectar, desconectar y volver a conectarse de manera eficiente se ve afectada.

En el marco de la neurobiología interpersonal (Siegel, 2010), los diagnósticos de salud mental se pueden considerar relacionados con un estado hiperexcitado o hipoexcitado, un factor que tiene sentido desde una perspectiva polivagal. Sin la capacidad de inhibir las respuestas de defensa, el sistema nervioso se encuentra en un estado continuo de estrategias de supervivencia activadas de movilización (hiperexcitación) o inmovilización (hipoexcitación). Si bien lo que un paciente anhela es la regulación autónoma, a menudo no puede alcanzar el estado de seguridad necesario para dicha regulación. Los pacientes se desalientan por su desregulación y por su incapacidad para regularse a ellos mismos o mediante la interacción. El resultado de esta desregulación continua se manifiesta en enfermedades físicas, en relaciones angustiosas, en capacidades cognitivas alteradas y en una búsqueda continua de seguridad y de alivio ante la intensidad de habitar un sistema tan desequilibrado. La farmacología se centra en el sistema nervioso autónomo en un intento de calmar las partes hiperactivas o de excitar las partes inactivas y llevar al sistema hacia la regulación. La psicoterapia funciona de manera similar, aunque sin el uso de fármacos; en su lugar, intenta involucrar a las capacidades naturales del sistema nervioso. La terapia brinda oportunidades seguras de experimentar con la corregulación, de agregar habilidades para la regulación individual y de ejercitar los circuitos neuronales del compromiso social.

Los seres humanos cargamos con un legado autónomo: los ecos de las vías más antiguas todavía resuenan en nuestra fisiología actual. Nuestro moderno sistema nervioso autónomo lleva incorporadas características de riesgo y seguridad que compartimos con otros vertebrados (Porges, 2017). Nuestro primitivo circuito vagal dorsal, que tiene 500 millones de años, nos protege a

través de la inmovilización cerrando los sistemas corporales para conservar energía, de manera similar a los animales que fingen su muerte en respuesta a la amenaza vital ("tanatosis"). El sistema nervioso simpático, que fue el siguiente en evolucionar hace 400 millones de años, crea la posibilidad de supervivencia a través del movimiento y de la capacidad de involucrarse o de evitar activamente (lucha o huida). El sistema más reciente es nuestro circuito vagal ventral, exclusivo de los mamíferos, que evolucionó hace 200 millones de años y que permite la corregulación (compromiso social).



El sistema nervioso simpático se origina en los nervios espinales (que surgen de la médula espinal) y es nuestro sistema de movilización. Los nervios simpáticos se localizan a mitad de la espalda en las regiones torácica y lumbar de la médula espinal. Para hacerte una idea aproximada, ponte las manos en la espalda y mueve suavemente una de ellas desde el cuello hacia abajo y la otra desde la cintura hacia arriba. El espacio que te queda entre las manos es aproximadamente el punto desde el que parten las neuronas de tu

sistema nervioso simpático para llegar hasta los órganos (por ejemplo, los ojos, el corazón, los pulmones, el estómago y la vejiga).

El sistema nervioso simpático prepara nuestro cuerpo para la acción a través de dos sistemas de movilización: el eje simpático adrenal medular (SAM) y el eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal (HHA). El eje SAM se activa rápidamente y aporta una explosión de adrenalina como respuesta rápida a un factor estresante. ¡La respuesta de sobresalto ocurre en una décima de segundo! La activación del eje SAM brinda una respuesta rápida a corto plazo, seguida de un retorno a la regulación. El eje HHA toma el control cuando esta rápida oleada de energía cargada de adrenalina no resuelve la angustia. El eje HHA libera cortisol, conocido como la hormona del estrés. Esta emisión lleva más tiempo y tarda más en surtir efecto, de manera que los segundos se convierten en minutos. Con los ejes SAM y HHA, el sistema nervioso simpático puede estimular acciones individuales (dilatación de la pupila, sudoración), aumentar progresivamente las reacciones (respiración y ritmo cardíaco) o movilizar una respuesta masiva de todo el cuerpo (lucha o huida).

El sistema nervioso parasimpático se origina en los nervios craneales (nervios que salen directamente del cerebro). Tenemos doce pares de nervios craneales, y el nervio vago (nervio craneal X), que es el más largo de ellos, es el componente principal del sistema nervioso parasimpático. A través de las acciones del nervio vago, el sistema nervioso parasimpático es tanto nuestro sistema de inmovilización como nuestro sistema de conexión. De hecho, el vago no es un solo nervio, sino un conjunto de fibras nerviosas entretejidas en una vaina, como si fuera un cable eléctrico que contiene varias hebras dentro de su cubierta exterior. *Vago* viene de la palabra latina *vagari*, que significa "errar", y lo cierto es que este nervio hace honor a su nombre. El vago baja desde el tronco cerebral hasta el corazón y el estómago y sube hacia la cara a través de su conexión con otros nervios craneales. Debido a esta arquitectura,

al vago se le ha llamado "conducto de conexión". Este maravilloso nervio errante es un nervio mixto que comunica bidireccionalmente el cuerpo y el cerebro. El 80% de sus fibras son sensoriales (aferentes) y envían información del cuerpo al cerebro, mientras que el 20% son motoras (eferentes) y envían información de acción del cerebro de vuelta al cuerpo. Para trazar el camino vagal, coloca una mano en la mejilla y la otra en el corazón. Luego mueve una de ellas hacia el abdomen. Experimenta moviendo las manos entre estas tres posiciones e imagina las fibras vagales que conectan estas ubicaciones físicas.

El nervio vago se divide en dos vías distintas (de ahí el término *polivagal*), el vago dorsal y el vago ventral, y esa división se produce en el diafragma. Aunque ambos son ramas del mismo nervio craneal, el vago dorsal y el vago ventral son arquitectónica y funcionalmente diferentes. Los aspectos dorsales y ventrales del vago se originan en las partes que circundan el bulbo raquídeo (la parte del tronco encefálico que se conecta a la médula espinal). El vago dorsal, la parte más antigua del sistema nervioso autónomo, surge del núcleo dorsal del vago. El vago ventral, la parte más reciente del sistema nervioso autónomo, se origina en el núcleo ambiguo. Como el núcleo ambiguo está ubicado frente al núcleo dorsal del vago, se le asignó la etiqueta de "ventral". Las fibras vagales dorsales y ventrales salen juntas del tronco cerebral y recorren sus propias rutas por encima y por debajo del diafragma. Si te centras en sentir tu cuerpo e imaginas tus pulmones y tu abdomen, el diafragma es el músculo que separa estas dos regiones. El territorio del vago dorsal se extiende desde el diafragma hacia abajo (subdiafragmático), mientras que los dominios del vago ventral abarcan desde el diafragma hacia arriba (supradiafragmático). La mayoría de las fibras del vago dorsal no están mielinizadas, mientras que la mayoría de las del vago ventral sí lo están. La mielina es una sustancia grasa que cubre las fibras nerviosas y las aísla para que la información se pueda transmitir de manera eficiente y rápida. La mielinización del vago ventral, el proceso por el que las fibras se cubren de

mielina, comienza durante el último trimestre del embarazo y se prolonga durante el primer año de vida (Porges, 2015a). El vago dorsal afecta a los órganos que hay bajo el diafragma, especialmente a los que regulan la digestión, mientras que el vago ventral, que opera por encima del diafragma, influye en la frecuencia cardíaca y respiratoria y se integra con los nervios faciales para formar el sistema de compromiso social. Los dos extremos de la respuesta autónoma se activan a partir de estas diferencias biológicas. El vago dorsal nos saca de la conexión mediante la inmovilización, y el vago ventral nos conduce hacia el compromiso social y la corregulación.

A través de estas tres exclusivas vías (vago ventral, sistema nervioso simpático y vago dorsal), reaccionamos "al servicio de la supervivencia". Cada estado autónomo ofrece un rango de respuestas característico a través de su propio patrón de protección o conexión. Cuando el vago dorsal acude al rescate, no hay suficiente energía para funcionar: el sistema está agotado y el paciente está adormecido. En una respuesta del sistema nervioso simpático, hay demasiada energía en el sistema y el paciente se siente inundado. En un estado vagal ventral, el sistema está regulado, abierto a la conexión, y el paciente está listo para conectar. En la teoría polivagal, los tres estados de la jerarquía de respuesta autónoma se denominan (del más reciente al más antiguo) "socialmente comprometido, movilizado e inmovilizado" o "seguro, peligroso y de amenaza vital". A medida que tus pacientes se familiaricen con su jerarquía de respuesta personal, invítalos a crear sus propias etiquetas. Muchos de mis pacientes dicen que sus estados son "seguros, asustados y cerrados". Una paciente dice que se siente "conectada, tormentosa y perdida" para identificar sus estados. Y otro, de una forma que evoca intensamente su experiencia, llamaba a sus estados "entregado, motivado y desprovisto".

Para seguir la jerarquía autónoma, visualiza tu estómago y tus procesos digestivos como el antiguo vago dorsal, sube hasta la mitad de la espalda para encontrar la siguiente capa en la evolución del sistema —el sistema nervioso

simpático y sus nervios espinales— y luego pasa al corazón y a la cara, los dominios de la parte más reciente del sistema nervioso autónomo, el vago ventral.

LA JERARQUÍA AUTÓNOMA EN DETALLE

Las primeras raíces

El vago dorsal, denominado a veces "vago primitivo", es la parte más antigua del sistema nervioso autónomo y una de las rama del sistema nervioso parasimpático. En su papel no reactivo, la vía vagal dorsal es importante para regular la digestión. Como antiguo mecanismo de supervivencia, la respuesta vagal dorsal tiene como objetivo la conservación de la energía a través del colapso y el apagado. La respuesta vagal dorsal es analgésica y protege del dolor físico y psicológico. Cuando se da un evento traumático, el vago dorsal puede acudir al rescate a través de la disociación. Esta respuesta vagal dorsal tiene como consecuencia neurológica que llegue menos sangre y oxígeno al cerebro, lo que luego se traduce en cambios en la función cognitiva y en experiencias de disociación (Porges, 2013). Mucho después de que el evento haya terminado, en nuestro trabajo con supervivientes al trauma vemos a menudo esta respuesta de supervivencia adaptativa cuando el "abandono" vagal dorsal se convierte en un patrón postraumático en la búsqueda de seguridad. Una paciente me describió el poder de su respuesta vagal dorsal diciéndome que no podía escuchar ni mis palabras ni mi tono de voz y que no entendía nada de lo que yo le decía. A menudo ni siquiera podía percibir mi cara.

La vía vagal dorsal responde a señales de peligro extremo. Este "camino de última instancia" emplea la inmovilidad como respuesta de supervivencia, ya

que conserva la energía para sacarnos de la conexión, de la conciencia, e introducirnos en un estado protector de colapso. Cuando nos sentimos paralizados, entumecidos o "en otro sitio", es porque el vago dorsal ha tomado las riendas. La frase "muerto de miedo" se ajusta a la experiencia vagal dorsal. Al igual que ocurre con nuestro primitivo antepasado, la tortuga, el mensaje autónomo ante una sensación de amenaza vital es: "Esconde la cabeza. No te muevas. Ocúltate".

Si tenemos en cuenta el papel del vago dorsal en el funcionamiento de los sistemas que hay debajo del diafragma, es razonable esperar que el trauma subdiafragmático —como el abuso, el trauma sexual, los procedimientos médicos, las enfermedades y las lesiones— desencadene una respuesta vagal dorsal. Llevado al extremo, puede causar desmayos (síncope vasovagal), pero la respuesta vagal dorsal abarca un abanico de experiencias. Los problemas de salud pueden manifestarse en una función inmune deteriorada, en una falta crónica de energía y en problemas digestivos, y sus consecuencias psicológicas pueden presentarse como disociación, depresión o retirada de la conexión social.

Consideremos las siguientes expresiones de la respuesta vagal dorsal que puedes observar en paciente en el transcurso de una sesión: mirar por la ventana o a la nada, ojos vacíos, expresión plana, falta de respuesta, postura encorvada, pérdida del habla e inmovilidad sin comodidad. Cuando un paciente pasa al estado de bloqueo de la vía vagal dorsal, se da una sensación de ausencia que suscita la pregunta: "¿Dónde te has ido?". El terapeuta puede tener la sensación amorfa de intentar conectar y no encontrar un asidero para hacerlo. La experiencia que he escuchado una y otra vez en boca de mis pacientes es la sensación de estar solos y perdidos en un lugar inalcanzable. Aquí es donde reside la desesperación.

Protección mediante el movimiento

El sistema nervioso simpático, que es el segundo en la línea evolutiva, brinda la capacidad de movilizarse. En su función homeostática, este sistema complementa al sistema parasimpático y colabora con el vago ventral para regular el ritmo cardíaco y respiratorio y con el vago dorsal para ayudar a la digestión.

Con la llegada del sistema nervioso simpático, la inmovilidad ya no es nuestra única respuesta de supervivencia. Este sistema nos prepara para actuar con las opciones de lucha o huida utilizando el movimiento para protegernos. Este sistema está vinculado a la acción de los miembros principales, y la sensación en este estado es la de estar en movimiento. Con la movilización protectora del sistema nervioso simpático, nos alejamos de la corregulación. En la búsqueda de seguridad, estamos aislados de los demás. En nuestra historia evolutiva, estar solos y no formar parte de un grupo era peligroso, y la respuesta de movilización del sistema nervioso simpático lleva aparejada esa sensación de aislamiento y peligro.

Con un movimiento hacia la respuesta simpática, se da un cambio análogo en nuestra audición. Los músculos del oído medio controlan la capacidad de concentrarnos en la voz humana. Cuando están en un estado vagal ventral, estos músculos trabajan para regular las frecuencias y ayudan a escuchar y a localizar voces. Cuando el sistema nervioso simpático asume el control, la regulación del oído medio se aleja de la voz humana para escuchar los sonidos de baja frecuencia de los depredadores o los sonidos de alta frecuencia de la angustia. En ese momento, el sistema está sintonizado con sonidos de peligro, y no con los de conexión.

Además del efecto sobre la audición, la capacidad de leer señales faciales también se ve afectada. En un estado de activación simpática, leemos mal las señales. Las caras neutrales nos parecen de enfado. Lo neutro se experimenta como peligroso (Porges, 2006). Una paciente compartió conmigo su experiencia de activarse simpáticamente y de mirar caras y no poder percibir

en ellas una sonrisa o decidir si la persona era amigable o peligrosa. Considera esta respuesta autónoma en tus interacciones con los pacientes. Si tu rostro es neutral, puede que te vean como enfadado o incluso peligroso.

Cuando los momentos de activación simpática son frecuentes y continuos, el sistema nervioso simpático permanece en alerta máxima. La liberación de cortisol hace que resulte difícil quedarse quieto. La frecuencia cardíaca se acelera, la respiración es entrecortada y superficial y escaneamos el entorno en busca de peligro. Al no poder resolver las señales de peligro, el sistema nervioso simpático se vuelve crónicamente activo.

En una sesión con un paciente, puedes encontrarte con las siguientes respuestas a la activación del sistema nervioso simpático: inquietud, movimiento constante de alguna parte de su cuerpo, desasosiego, miradas continuas alrededor de la habitación, postura rígida y una sensación de desorganización. Cuando un paciente se encuentra en una "tormenta simpática", tanto la opción de lucha como la de huida están presentes. Puede que notes que tu paciente se acerca a ti o se aleja de ti. La respuesta de lucha suele implicar una confrontación que puede parecer intensa y antagónica. La lucha se hace patente cuando la energía de tu paciente comienza a llenar la sala. Su postura corporal se vuelve más rígida y su tono de voz es desafiante. La huida puede notarse en el desarrollo caótico de la sesión. Se puede apreciar en un cuerpo que no puede estarse quieto, en un cambio constante de postura, y se puede escuchar cuando tu paciente dice: "No quiero estar aquí hoy. No debería haber venido. Necesito irme YA". En los estados de lucha y huida con carga simpática, el peligro acecha en todas partes, y entablar conexión es un riesgo demasiado grande. El mundo es un lugar hostil, y la desconfianza alimenta el sistema.

Seguro y social

La conexión es un imperativo biológico (Porges, 2015a), y en la parte superior de la jerarquía autónoma se encuentra la vía vagal ventral que fomenta los sentimientos de seguridad y conexión. El vago ventral (a veces llamado "vago inteligente" o "vago social") proporciona la base neurobiológica para la salud, el crecimiento y la restauración. Cuando el vago ventral está activo, nuestra atención se centra en la conexión. Buscamos oportunidades para la corregulación. La capacidad de calmar y ser calmado, de hablar y escuchar, de ofrecer y recibir y de conectar y desconectar con fluidez reside en esta parte más reciente del sistema nervioso autónomo. La reciprocidad —el flujo y reflujo mutuo que define las relaciones enriquecedoras— es una función del vago ventral. Como resultado de sus vías mielinizadas, el vago ventral proporciona respuestas rápidas y organizadas (Porges, 1997). En un estado vagal ventral, tenemos acceso a una gama de respuestas entre las que se encuentran sentirnos calmados, felices, contemplativos, comprometidos, atentos, activos, interesados, emocionados, apasionados, alerta, listos, relajados, alegres y receptivos.

Al vago se le ha denominado el "nervio de la compasión". Como explica Dacher Keltner, del Greater Good Science Center, las acciones del vago ventral nos conectan a los cuidados. El estado vagal ventral fomenta las conexiones compasivas. Es el estado que disminuye nuestro ritmo cardíaco, suaviza nuestros ojos, aporta un tono amable a nuestra voz y nos induce a acercarnos a los demás. Esta misma energía vagal ventral fomenta la autocompasión: el acto de conseguir estar con nuestro propio sufrimiento con amabilidad. A través de la activación del vago ventral, las prácticas de compasión aportan beneficios para la salud, como la reducción del estrés y la mejora de la función inmune (Keltner, 2012). *Apapacho* es una hermosa palabra azteca que significa "abrazar o acariciar con el alma". El estado vagal ventral de seguridad y conexión trae consigo el potencial de ofrecer y recibir

apapacho. ¡La actividad vagal ventral es buena para cada uno de nosotros y también para el mundo!

Cuando los pacientes se encuentran en un estado vagal ventral de regulación, hay una sensación de conexión en la sala. La sesión tiene un ritmo concreto. A pesar de que el trabajo pueda ser difícil, se da una sensación de arraigo. La energía vagal ventral aporta curiosidad y voluntad de experimentar. Los límites de regulación se pueden estirar un poco. Hay una sensación de posibilidad. Como la historia anterior ya no coincide con este estado de seguridad vagal ventral, aparecen nuevas opciones. Puede que los pacientes se sorprendan por la falta de familiaridad con este estado. En el estado vagal ventral surge la esperanza y ocurre el cambio.

En este estado nuestro sistema de compromiso social está vivo. El sistema de compromiso social es un desarrollo evolutivo que se dio cuando las vías hacia la cara y la cabeza se vincularon al vago ventral en el tallo cerebral. La integración de cinco nervios craneales (V, VII, IX, X y XI) implicaba que los ojos, los oídos, la voz y la cabeza podían trabajar en sintonía con el corazón. El sistema de compromiso social no se limita a identificar señales de seguridad, sino que también las busca. Este "circuito de seguridad" está presente desde el nacimiento y regula los comportamientos a lo largo de un continuo que va desde el compromiso social hasta la vigilancia. Enviamos señales de seguridad e invitaciones de conexión a través del tono de voz, de la expresión facial o de la inclinación de la cabeza. Un sistema nervioso comunica a otro que es seguro acercarse y relacionarse. Como sistema de vigilancia, cuando las señales percibidas a través de la cara, la voz y los gestos de otra persona son de seguridad, el sistema de compromiso social afirma la posibilidad de conexión. Cuando las señales son de peligro, nos movemos hacia la vigilancia. A través del sistema de compromiso social, percibimos si es seguro acercarse a otros y señalar que somos amigos, no enemigos.

EL FRENO VAGAL

Aunque podamos pensar que el corazón late incesantemente, lo cierto es que un corazón sano no late como un metrónomo, con un patrón uniforme e inmutable. El vago ventral influye en nuestro ritmo cardíaco; lo ralentiza durante la exhalación y permite que se acelere durante la inhalación. El cambio en los latidos del corazón —el ritmo cardíaco durante la respiración espontánea— se denomina arritmia sinusal respiratoria (ASR). El tono vagal, medido a través de la ASR, no solo indica el bienestar fisiológico, sino también el bienestar social y psicológico (Kok y Fredrickson, 2010).

El freno vagal es un concepto importante en la teoría polivagal. Una de las responsabilidades del vago ventral es contener la frecuencia cardíaca a alrededor de 72 latidos por minuto a través de su influencia en el marcapasos del corazón, el nódulo sinoauricular. Sin esta acción, el corazón latiría peligrosamente rápido. La teoría polivagal se refiere a esto como un "freno vagal" (Porges, 2009b; Porges y Furman, 2011). Imaginemos los frenos de una bicicleta. A medida que los sueltas, aumenta la velocidad, y al accionarlos, la velocidad disminuye. El freno vagal funciona de una manera similar: se libera para que podamos cargarnos de energía rápidamente y vuelve a accionarse para devolvernos a un estado de calma. A través de sus acciones en el corazón, el freno vagal ofrece flexibilidad a nuestro sistema.

Las experiencias de alerta y peligro se originan en diferentes partes del sistema autónomo. Cuando el freno vagal se relaja pero no se suelta por completo, el sistema vagal ventral regula la llamada a la acción, lo que permite que entre más energía simpática en el sistema mientras inhibe la liberación de cortisol y adrenalina. Por el contrario, el peligro lleva aparejada una liberación total del freno vagal, con lo que el sistema nervioso simpático

toma las riendas descargando cortisol y adrenalina y desencadenando la respuesta de lucha o huida.

Dependemos de la capacidad del freno vagal para relajarnos y volver a conectarnos mientras afrontamos las demandas de un día normal. Las acciones del freno vagal son una forma eficaz de aumentar y disminuir rápidamente la frecuencia cardíaca y de cambiar el tono autónomo mientras se mantiene el control vagal ventral. Un freno vagal que funciona bien aporta una sensación de facilidad a estas transiciones. Esta capacidad para la regulación rápida y las transiciones suaves se ve afectada por la experiencia traumática. Consideremos a los pacientes que han sobrevivido a un trauma a través del marco del freno vagal. La pérdida del freno vagal y la entrega del control, primero al sistema nervioso simpático y luego al sistema vagal dorsal, acaba pasando factura. Los pacientes que se desregulan y se ven arrastrados rápidamente a una respuesta de supervivencia a menudo no tuvieron de niños las experiencias de corregulación necesarias para ejercer efectivamente su freno vagal. A los supervivientes de traumas que no tienen esas experiencias esenciales generalmente les parece que los momentos de angustia son un desafío demasiado grande para la capacidad de su freno vagal. En la terapia, las técnicas de pendulación (movimiento intencional entre la activación y la calma) y la dosificación (uso del tempo y del análisis de la experiencia para monitorear y gestionar la respuesta) son ejemplos de experimentos con la liberación y la reconexión seguras del freno vagal (Payne, Levine y Crane-Godreau, 2015).

El freno vagal está diseñado para liberarse y volver a accionarse como forma de responder a los desafíos mientras se mantiene la regulación vagal ventral. Una vez que se cumple el desafío autónomo, el freno vagal se recupera, se vuelve a conectar y el sistema vuelve al equilibrio. Este patrón se experimenta comúnmente durante el transcurso del día, ya que nos cargamos

de energía para satisfacer las demandas de las múltiples y a menudo conflictivas necesidades dictadas por el trabajo y los horarios familiares.

Cuando el sistema vagal ventral no puede satisfacer las necesidades de seguridad, el freno vagal se libera, lo que hace que el sistema nervioso simpático se active por completo. Un ejemplo de esto es cuando, a pesar de tus esfuerzos por dosificar el trabajo, un paciente se ve arrastrado a una parte de su historial traumático y vuelve a experimentar ese momento. En una respuesta de lucha, se sumerge en la historia y combate con ella. Puede experimentar la adrenalina y sentir emociones intensas que se manifiestan en movimientos marcados por gestos bruscos. En una respuesta de huida, puede estar desesperado por alejarse del recuerdo. Su discurso suele ser apresurado y forzado, y puede expresar una necesidad urgente de parar el trabajo o de finalizar la sesión. En cada una de estas experiencias, si tu paciente siente que te encuentras con él en su angustia mientras tu estado vagal ventral envía señales de seguridad, su sistema nervioso autónomo es capaz de percibir la oferta de corregulación, lo que contribuye a que su freno vagal vuelva a accionarse y regrese a la regulación.

Si la intensidad de la experiencia de tu paciente sobrepasa su capacidad de asimilar tu oferta de corregulación y de señales de seguridad, entonces el sistema vagal dorsal toma el control y se apaga. Este paciente ya no está contigo, se ha marchado fuera de tu alcance. Para volver a la conexión, su sistema nervioso autónomo necesita sentir tu presencia vagal ventral, aceptar las señales de seguridad y volver a ascender en la jerarquía autónoma a través de la activación simpática para alcanzar la regulación vagal ventral. Tu paciente necesita sentir una suave llamada a la acción para que su sistema nervioso simpático comience a proporcionar un retorno de energía (por ejemplo, establecer un contacto visual breve, conectar con pequeños movimientos, volver a hablar). Una oleada simpática demasiado grande sobrecargará el sistema y provocará un retorno del colapso vagal dorsal. A

medida que tu paciente y tú notéis que la energía comienza a volver al sistema, ayúdalo a identificar esto como una respuesta segura que reconecta su sistema. Luego parad juntos un momento para celebrar la liberación del colapso antes de continuar a través de la movilización simpática hacia la conexión vagal ventral.

HOMEOSTASIS

Así como los hemisferios izquierdo y derecho del cerebro equilibran nuestra experiencia, las tres partes de nuestro sistema nervioso autónomo cooperan para desarrollar una sensación real de bienestar. El vago ventral controla la conexión cara-corazón. El sistema nervioso simpático propicia ciclos de respiración y ritmos cardíacos saludables y desempeña un papel en la regulación de la temperatura corporal, mientras que el vago dorsal fomenta una digestión saludable. Con la energía reguladora del vago ventral y con las ramas simpática y vagal dorsal aportando sus acciones no reactivas, se consigue una sensación de homeostasis a la que Peter Levine denomina equilibrio dinámico.

Si un bebé nace antes de las treinta semanas de gestación, la parte protectora del vago —el vago ventral— aún no se ha desarrollado completamente y está mielinizada. Sin un sistema vagal ventral completamente funcional, el bebé depende de la "conservación" vagal dorsal y de la "activación" simpática para regular los estados. Las abundantes máquinas, cables y tubos de una unidad de cuidados intensivos neonatales realizan parte del trabajo del vago ventral mientras el sistema nervioso autónomo del bebé continúa desarrollándose.

Sin un sistema vagal ventral que sea capaz de satisfacer las demandas diarias con flexibilidad, las personas de todas las edades se ven abocadas a la "conservación" y la "activación" para afrontar los desafíos de la regulación. Un sistema nervioso autónomo que carece de la influencia reguladora del vago ventral implica desafíos para la salud, crea angustia en las relaciones y conforma una experiencia diaria de sufrimiento.

ATENCIÓN A LA JERARQUÍA

El sistema nervioso autónomo guía nuestras experiencias cotidianas. Primero intentamos desenvolvernos usando nuestro sistema vagal ventral. Utilizamos estrategias de compromiso social y de comunicación social en un intento de corregulación. Somos seres sociales que necesitan relaciones fiables y recíprocas en nuestras experiencias de la vida diaria para obtener bienestar físico y emocional (Hawkley y Cacioppo, 2010; Seppala, Rossomando y Doty, 2013).

Cuando no conseguimos usar la conexión y la comunicación para asociarnos con otros, nuestro sistema nervioso autónomo sale de la seguridad del estado vagal ventral y se involucra en la respuesta de lucha o huida del sistema nervioso simpático. El estado desencadenado simpáticamente aporta estrategias de confrontación o evitación en un intento por solucionar el peligro y regresar a la seguridad de la regulación vagal ventral.

Este ciclo de reacción y vuelta a la regulación entre estos dos estados autónomos es una experiencia frecuente en el transcurso del día. Cuando las tácticas de movilización del sistema nervioso simpático no funcionan, damos el último paso atrás en la línea temporal evolutiva hacia el colapso vagal dorsal. Entonces nos desconectamos de nosotros mismos, de los demás y de

nuestros recursos internos y externos. Esperamos en la respuesta de inmovilización vagal dorsal, sintiéndonos perdidos e incapaces de encontrar nuestro camino de regreso a la conexión.

Para recuperarnos del apagado vagal dorsal tenemos que avanzar a lo largo de la línea temporal evolutiva a través de la energía del sistema nervioso simpático para alcanzar la regulación vagal ventral. Sin los recursos suficientes (habilidades internas, seguridad del entorno, apoyo social), se repite un patrón de inmovilización-movilización-inmovilización en un bucle autónomo doloroso. El intenso anhelo de alcanzar la seguridad de la conexión vagal ventral no se cumple y viene acompañado de sentimientos de desesperanza. Cuando el sistema comienza a salir del colapso vagal dorsal, existe la posibilidad de que surjan "momentos de desorden" de la energía del sistema nervioso simpático. Cuando estas estrategias de supervivencia adaptativas no dan como resultado una sensación de conexión, ya sea con uno mismo o con otro, el agotamiento que provoca la incesante respuesta movilizada vuelve a convertirse en una conservación necesaria de la energía a través del colapso. Para desenvolvernos de manera segura fuera del colapso a través de la acción y seguir ascendiendo por la jerarquía autónoma hacia el compromiso social, necesitamos sentir una "mano sobre nuestro hombro", ya sea real o imaginaria.

Los patrones autónomos se construyen con el tiempo. El sistema nervioso autónomo se configura a través de la experiencia. En respuesta a las experiencias de conexión y desafío, desarrollamos un perfil neuronal personal con patrones habituales de reacción. Reconocer estas respuestas y percibir los patrones de activación es el primer paso en las prácticas de enfoque polivagal.

Algunos pacientes pasan rápidamente a estados de movilización. Incluso los pequeños momentos de desajuste suponen "un reto neuronal demasiado grande", y su sistema nervioso autónomo representa una respuesta de supervivencia. Una paciente con este patrón me dijo: "Mi compañero me

preguntó si ya lo había terminado todo y de inmediato noté que me venía una oleada de ira. Pensé que si él no podía limitarse a confiar en que yo lo estaba haciendo bien, pues que lo hiciera él. ¡Y se acabó! Más tarde, un amigo me dijo que su pregunta era normal y que incluso demostraba que yo le importaba, pero es que no consigo ver las cosas así". Otros pacientes se mueven casi imperceptiblemente a través de la movilización hacia el colapso y su sistema nervioso autónomo se refugia en la desconexión. Esto es lo que me dijo una paciente que seguía este patrón: "No sé cómo hacer las cosas sencillas de la vida que los demás hacen sin problemas porque me pasé toda la infancia intentando sobrevivir un día más. No tuve oportunidad de aprender lo que aprenden las personas normales. Ahora no estoy preparada para vivir en el mundo cotidiano. En cuanto empiezo a sentirme como una inadaptada, colapso".

EJERCICIO

PREGÚNTALE A TU SISTEMA NERVIOSO

Las siguientes tres afirmaciones y sus continuaciones habituales invitan a comenzar a observar los tres estados de activación autónoma. Lee estas afirmaciones y piensa en cómo respondería tu sistema nervioso autónomo.

- **Mi sistema vagal dorsal se hace fuerte cuando…**
  me quedo sin opciones; me siento atrapado en la situación; me siento insignificante; me critican; me siento como si no importara; me siento como si no perteneciera.

- **Mi sistema nervioso simpático se activa cuando…**
  voy mal de tiempo; me ignoran; estoy confundido; me presionan para tomar una decisión o tomar partido; estoy cerca del conflicto; me siento responsable por demasiadas personas y demasiadas cosas.

- **Mi sistema vagal ventral cobra vida cuando…**
  pienso en personas que son importantes para mí; estoy en la naturaleza; me doy permiso para tomar mis propias decisiones; escucho música; disfruto de momentos de tranquilidad con mi perro; estoy bajo las estrellas; el mar me baña los pies; hago Legos con mi hijo; me tomo un café con un amigo.

CAPÍTULO 2

VIGILANCIA AUTÓNOMA: NEUROCEPCIÓN

Hay una voz que no emplea palabras. Escúchala.

~ RUMI

Vivimos una historia que se origina en nuestro estado autónomo, se envía a través de las vías autónomas desde el cuerpo al cerebro y este la traduce en las creencias que guían nuestra vida diaria. La mente narra lo que sabe el sistema nervioso. La historia sigue al estado.

La teoría polivagal hace una distinción importante entre la percepción, que implica un grado de conciencia, y la neurocepción, que refleja las señales que provocan cambios en el estado autónomo sin ser consciente de su influencia. La neurocepción produce los sentimientos viscerales, los basados en el corazón, los sentimientos implícitos que nos mueven a lo largo del continuo entre la seguridad y la respuesta de supervivencia. Se podría considerar la neurocepción como "señales somáticas que influyen en la toma de decisiones y respuestas de comportamiento sin una conciencia explícita de las señales que las han provocado" (Klarer et al., 2014, p. 7067). A través del proceso de la neurocepción, el sistema nervioso autónomo evalúa el riesgo y actúa. Desde una neurocepción de inseguridad, se da un movimiento hacia la movilización simpática o hacia el colapso vagal dorsal. Desde una neurocepción de seguridad, los sistemas simpático y vagal dorsal están inhibidos, el sistema

vagal ventral tiene el control y el sistema de compromiso social está activo y conectado.

La neurocepción es una experiencia sin palabras. Es la respuesta del sistema nervioso autónomo no solo a las señales en el mundo que nos rodea, sino también a las señales que vienen de nuestro cuerpo (Porges, 2004). La información de las vísceras (corazón, pulmones, intestinos) y las señales del lugar en el que estamos y de las personas y cosas que nos rodean son componentes importantes de la neurocepción. Antes de que el cerebro entienda y dé sentido a una experiencia, el sistema nervioso autónomo ya ha evaluado la situación e iniciado una respuesta a través del proceso de neurocepción.

Algunas características de la neurocepción están conectadas a nuestro sistema nervioso —estrategias adaptativas desarrolladas a través de la evolución (Porges, 2009b)— y son una experiencia humana compartida. Un ejemplo es la respuesta al sonido (vibración y frecuencia). La música, una forma de conectar intencionalmente con el sonido, se compone de temas que provocan predeciblemente ciertos estados fisiológicos. Otras formas en que se desencadena la neurocepción son idiosincrásicas, creadas en respuesta a nuestras experiencias personales traumáticas y enriquecedoras. La neurocepción cambia nuestro estado, colorea nuestras experiencias y crea una respuesta autónoma. A menudo no somos conscientes del estímulo, pero somos muy conscientes de la respuesta somática. Una paciente que rastreaba sus respuestas autónomas me envió este mensaje: “Estoy en una tienda ahora mismo buscando material para mi libro de recortes. De repente se me ha puesto el corazón a mil y he notado que me sonrojaba. No hay nadie alrededor y no he notado ningún desencadenante. Ha sido visto y no visto... qué raro”.

La neurocepción conforma el estado, y luego el estado conforma la respuesta. Desde una neurocepción de seguridad, están disponibles las cualidades del vago ventral y el sistema de compromiso Social. Podemos

conectarnos, comunicarnos y corregular con facilidad. Las acciones de los sistemas simpático y vagal dorsal están restringidas. Sin embargo, desde una neurocepción de inseguridad, nuestras habilidades se limitan a las energías movilizadoras de lucha o huida del sistema nervioso simpático o a la influencia del colapso inmovilizador, del apagado y de la disociación del sistema vagal dorsal. Es inútil esperar que una persona acceda a las cualidades del compromiso social cuando está atrapada en una neurocepción de peligro o amenaza vital. Las vías vagales ventrales no están disponibles biológicamente.

¿Cuál podría ser la anatomía de este sistema de vigilancia autónoma? Algunas posibilidades son la corteza temporal, la sustancia gris periacueductal (SGP) y la ínsula (Porges, 2009b, 2017). La corteza temporal (piensa en las sienes para ubicarla) responde a las caras, voces y movimientos de las manos familiares con la pregunta "¿Esta persona es segura y fiable?". La corteza temporal se comunica con la amígdala al evaluar el movimiento y la intención. La SGP es una antigua estructura cerebral que se encuentra en la parte superior del tronco cerebral y que se comunica con el sistema nervioso simpático y con el complejo vagal dorsal para regular las conductas de confrontación, las de escape y las inmovilizadoras. La ínsula, enterrada en las profundidades de la corteza cerebral en el pliegue que separa el lóbulo temporal del lóbulo frontal, participa en la interocepción (la sensación de nuestra fisiología interna) o haciendo que la retroalimentación visceral se haga consciente (Craig, 2009a). Es probable que estos tres sistemas estén involucrados en el proceso de la neurocepción.

Nuestra respuesta a la neurocepción puede ser privada o pública. Puede que notemos los cambios internos en el latido de nuestro corazón, en nuestros procesos digestivos, en las sensaciones en nuestra garganta o en un impulso de comportamiento que se siente pero no se lleva a la acción. Los cambios pueden ser visibles para el mundo en nuestras expresiones faciales, tono de voz, gestos y postura. Aunque todos compartimos el mismo continuo que va

desde la seguridad a la amenaza vital pasando por el peligro, el movimiento a lo largo de ese continuo es una experiencia individual. Como el sistema nervioso autónomo es un sistema relacional que ha sido moldeado por la experiencia, tiene sentido que cada paciente tenga su propio patrón de respuesta y experimente tanto reacciones a gran escala con una intensidad que los mueve entre la seguridad y la inseguridad como respuestas matizadas que aportan cambios más sutiles. Cuando se trabaja de manera eficiente, la neurocepción propicia una coincidencia entre el riesgo y el estado autónomo (Porges, 2009a). Cuando recibimos señales de peligro, reaccionamos, y cuando recibimos señales de seguridad, nos relajamos. Pero para muchos pacientes, la neurocepción conlleva un desajuste: no pueden inhibir de manera fiable sus sistemas de defensa en entornos seguros ni activar sus sistemas de defensa cuando es necesario en entornos peligrosos. Si no se comprende la neurocepción, esta falta de ajuste es desconcertante y puede llevarnos a intentar convencer a los pacientes de que su respuesta es innecesaria o inapropiada. Al aprender a rastrear los matices de la neurocepción y a respetar las formas en que el sistema nervioso autónomo escucha y actúa al servicio de la seguridad y la supervivencia, los terapeutas brindan un nivel diferente de comprensión a las acciones y experiencias de sus pacientes.

La neurocepción de un paciente controla continuamente el entorno terapéutico y la relación terapéutica. La intención del terapeuta es proporcionar un lugar seguro y ser una persona fiable para su paciente y, sin embargo, hay momentos en que un paciente no recibe ese mensaje, y la neurocepción, en cambio, activa un desajuste entre su experiencia autónoma y la intención del terapeuta. Algo familiar en el entorno o en la conexión terapéutica o alguna parte de una antigua historia representada pueden cobrar vida y asumir el control. En este momento, ¿el entorno es seguro? ¿Hay seguridad en y alrededor de mi cuerpo? ¿Mi terapeuta es un recurso

restaurador o una amenaza? Estas son las preguntas que la neurocepción está respondiendo.

Hay una vía activa y otra pasiva hacia la seguridad y la regulación (Porges, 2017b). La vía activa conecta deliberadamente con el circuito de seguridad vagal ventral. La vía pasiva opera fuera de la conciencia consciente a través de la neurocepción. A través de la vía pasiva, el sistema nervioso autónomo recibe un flujo constante de información que responde a la pregunta: "¿Es seguro interactuar con esta persona en este momento y en este lugar?". Cuando la neurocepción responde a esta pregunta, el sistema nervioso autónomo actúa para garantizar la supervivencia cambiando de estado autónomo para limitar o fomentar la conexión social.

EXPECTATIVAS AUTÓNOMAS

La teoría polivagal introduce el concepto de insolencia biológica (Porges, 2018), que es la experiencia de desajuste que se da cuando se interrumpe la conexión social y la neurocepción cambia de seguridad a peligro. Los momentos de insolencia biológica acontecen frecuentemente en nuestras vidas personales y en nuestros mundos profesionales. Algunos se han convertido en lugares comunes, como los relacionados con el uso ubicuo de teléfonos móviles (Hyde, 2013). Una colega me contaba una experiencia que había tenido con una amiga: "Estábamos haciendo planes y ella se dio la vuelta para mirar el móvil. Inmediatamente me sentí ignorada. Ya no había seguridad. Quería desvanecerme. Y todo eso solo porque miró su móvil". Independientemente de lo comunes que sean estos momentos, nuestra neurobiología sigue sintiendo la ruptura autónoma. Incluso los momentos que

describimos como comprensibles acarrean una respuesta autónoma porque "entender" es cosa del cerebro, no del sistema nervioso.

La teoría polivagal describe un proceso de expectativas neuronales y el proceso aparejado de vulneración de estas expectativas (Porges, 2018). Experimentamos una reacción autónoma cuando no se da una respuesta anticipada. Si las expectativas son sobre conexiones recíprocas y esas expectativas se vulneran, el resultado es una insolencia biológica y una neurocepción de inseguridad. ¿Pero qué sucede cuando se vulneran las expectativas neuronales que han sido moldeadas por el trauma? ¿Qué sucede cuando la expectativa autónoma de un paciente no es la forma en que le responde su terapeuta? En este caso, la "vulneración" es una experiencia positiva, una experiencia desconcertante necesaria que interrumpe las respuestas neuroceptivas habituales. Estos pequeños momentos son eventos importantes en el proceso terapéutico. Vulnerar repetidamente las expectativas neuronales de esta manera dentro de la díada de terapeuta-paciente influye en las suposiciones autónomas de un paciente. A medida que el sistema nervioso de un paciente comienza a anticiparse de diferentes maneras, la vieja historia ya no encajará y se puede explorar una nueva historia.

LA NEUROCEPCIÓN BUSCA SEÑALES

Nuestros ojos envían y buscan señales de seguridad. El área que rodea el exterior de los ojos y que se arruga en forma de patas de gallo es donde comienza nuestra búsqueda de señales de seguridad. Podemos percibir el poder de los ojos para enviar señales de seguridad o peligro y la respuesta neuroceptiva al experimentar con una variedad de formas de centrarnos. Este sencillo ejercicio es una forma rápida de hacer consciente la neurocepción y

los cambios de estado asociados que se dan con cambios sutiles en el contacto visual. Prueba esto con un colega: comienza con una mirada fija (fuerte, concentrada, deslumbrante). Luego cambia a una mirada normal (neutral, sin transmitir mucha información) y, finalmente, adopta una mirada suave (cálida y acogedora). Durante cada período de contacto visual, observa qué señales está enviando tu neurocepción. ¿Tu sistema de compromiso social está vivo o tus defensas están activadas? ¿Dónde te encuentras en la jerarquía autónoma: en un estado vagal ventral, simpático o vagal dorsal? Pregunta a tu colega qué mensajes le está enviando su neurocepción a medida que recibe cada uno de los tres tipos de contacto visual.

¿En qué se diferencia una sonrisa genuina de una social? En una sonrisa genuina, a menudo conocida como la sonrisa de Duchenne (llamada así por un médico francés del siglo XIX, Guillaume Duchenne, quien estudió la fisiología de la expresión facial), los ojos se cierran un poco, las mejillas se elevan y surgen arrugas alrededor de los ojos. Una sonrisa genuina transmite una neurocepción de seguridad al sistema nervioso autónomo de cualquier persona que se encuentre cerca y la invita a acercarse. El músculo que mueve las mejillas (el músculo cigomático) y el músculo que arruga los ojos en patas de gallo (el músculo orbicular de los párpados) dan vida al rostro. En una sonrisa social, no hay movimiento en la parte superior de la cara, los ojos no se arrugan y, en lugar de dar la bienvenida, el mensaje neuroceptivo es de advertencia.

Hace millones de años, cuando los mamíferos se incorporaron al mundo que antes había estado dominado por reptiles, los huesos del oído medio se desprendieron de la mandíbula y los nervios del vago ventral se integraron con los nervios que regulaban los músculos del oído medio (Porges, 2015a). Este importante evento evolutivo vinculó la capacidad de procesar el sonido con el estado autónomo. Estamos programados para que ciertas frecuencias nos tranquilicen. Los sonidos y vibraciones de baja frecuencia envían una

neurocepción de amenaza vital y activan la vigilancia ante los depredadores y una sensibilidad a la inmovilización vagal dorsal, mientras que los sonidos y vibraciones de alta frecuencia lanzan una neurocepción de peligro y una respuesta de movilización del sistema nervioso simpático (Porges, 2010).

El sonido es uno de los desencadenantes más fuertes de una neurocepción de seguridad. El sistema nervioso autónomo reconoce las características de la prosodia (la musicalidad de la voz). No son las palabras en sí mismas, sino los patrones de ritmo y sonido junto con la frecuencia, duración e intensidad del habla lo que revela nuestras intenciones. El sistema nervioso autónomo, a través de la neurocepción, está escuchando bajo las palabras los sonidos de seguridad y amistad.

"Estamos más centrados en lidiar con quienes nos amenazan o nos hacen daño que en entender lo que necesita nuestro sistema nervioso para sentirse seguro" (Porges, 2015a, p. 2). Se necesitan dos elementos para crear una neurocepción de seguridad: resolver las señales de peligro y brindar señales de seguridad. Resolver las señales de peligro es sin duda un paso importante. Sin él, la neurocepción continuará activando las respuestas de supervivencia defensivas. Sin embargo, puede que un entorno sin señales de seguridad todavía carezca de los ingredientes necesarios para estimular una neurocepción de seguridad. ¿Qué señales necesita el sistema nervioso autónomo para salir de una neurocepción de peligro y pasar a una neurocepción de seguridad que fomente la curiosidad, la creatividad, la conexión y la compasión? Las constantes oportunidades para la corregulación, las relaciones fiables basadas en la reciprocidad y el tiempo dedicado a las personas seguras que participan en actividades compartidas son elementos importantes de una neurocepción de seguridad viva.

EXPLORAR LAS BASES DE LA NEUROCEPCIÓN

La respuesta autónoma sucede constantemente. Nuestro sistema nervioso autónomo está siempre a la escucha para evaluar el riesgo y responde al servicio de nuestra supervivencia. El flujo de la neurocepción nos arrastra por debajo de la conciencia.

Hacer consciente la respuesta autónoma aporta la influencia de la percepción a la experiencia de la neurocepción. Con la adición de la conciencia, pasamos de un estado de "estar en" a "estar con" e incorporamos la energía del observador para interrumpir las vías de respuesta arraigadas. Sin esta interrupción, el tirón de los viejos patrones nos hace seguir bajando en la jerarquía autónoma y nos aleja de la neurocepción de la seguridad. A medida que experimentamos la influencia de la conciencia, podemos dar un giro de intención hacia la autocompasión.

Al conectar con la autocompasión, accedemos a un entorno en el que trabar amistad. Puede que nos quedemos aquí ofreciendo amabilidad y atención internas que, de por sí, nos pueden devolver al estado vagal ventral que nos dice que estamos a salvo. Desde este lugar de autocompasión, también podemos sentir curiosidad, lo que desemboca en un deseo natural de explorar nuestros bucles neuroceptivos habituales con mayor profundidad.

Profundizar en la curiosidad y en la búsqueda activa nos conduce a la posibilidad. A la curiosidad se la ha denominado "la apertura de la

intuición de nuestro corazón". Aquí, en el flujo de un estado vagal ventral, las opciones y los resultados son ilimitados. ¡Aquí es donde puede suceder la regulación, los recursos, la reciprocidad, la reconexión, la reorganización y la reedificación!

ENCONTRAR TU SENSACIÓN AUTÓNOMA DE HOGAR

> *Nuestros cuerpos saben que encajan; son nuestras mentes las que convierten a nuestras vidas en vagabundas.*
>
> ~ JOHN O'DONOHUE

La neurocepción nos envía mensajes de seguridad: que encajamos en un lugar, que estamos en casa. Nuestras mentes pueden estar en desacuerdo con esos mensajes y desear que la realidad sea distinta. Podemos intentar convencernos de hacer o no hacer algo, pero nuestro sistema nervioso autónomo, a través de la neurocepción, tiene la última palabra. En mi caso, mis raíces llevan generaciones fuertemente plantadas cerca del mar. El océano forma parte de mi ritmo. Cuando me alejo del mar, mi sistema nervioso me recuerda que no estoy en casa. Cuando vuelvo a él, me llena una sensación de tranquilidad. ¿Dónde está ese lugar que, según tu sistema nervioso autónomo, es seguro y puedes considerar tu hogar?

CAPÍTULO 3

CONFIGURADOS PARA CONECTAR

El más apto también puede ser el más amable, porque la supervivencia a menudo requiere ayuda y cooperación mutuas.

~ THEODOSIUS DOBZHANSKY

Somos seres inherentemente sociales, y nuestra naturaleza es interactuar y establecer relaciones con los demás (Cacioppo y Cacioppo, 2014). Desde los primeros momentos de la vida, cuando nos dirigimos instintivamente hacia el rostro de nuestra madre, hasta el final de la vida, tenemos una necesidad permanente de estar en relaciones de sintonía con los demás. La teoría polivagal describe la seguridad autónoma como un "preámbulo del apego" (Porges, 2012). A través de la corregulación, se crea una base de seguridad a la que le sigue el apego. La corregulación crea una plataforma fisiológica de seguridad que fomenta una historia psicológica de seguridad que luego conduce al compromiso social. Los sistemas nerviosos autónomos de dos individuos encuentran refugio en una experiencia de conexión creada conjuntamente.

Esta tierna historia que una colega compartió conmigo ilustra de maravilla el poder de la conexión.

Hace poco que mi hija de dos años, Iris, empezó a colorear con rotuladores. Dibuja pájaros, peces y ballenas que parecen todos círculos alargados con caritas, pero ella sabe lo que son. Una mañana dibujó una ballena y me dijo: "La ballena está triste". Le pregunté que qué creía que necesitaba la ballena para sentirse mejor, y me dijo: "Necesita otra ballena que la mire". Y entonces me pidió que dibujara otra ballena mirando a su ballena. Le pregunté cómo se sentía la ballena triste ahora, y me dijo: "Se siente mejor". No pude evitar sorprenderme de nuestra sabiduría intuitiva como seres humanos, conscientes de que estamos configurados para buscar seguridad en presencia de otro. Desde entonces, Iris ha dibujado muchos animales que necesitan otro animal que los mire y hemos hablado a su nivel sobre cómo nos ayuda a sentirnos bien el ver una cara cariñosa y cómo podemos ofrecer esa sensación de seguridad a los demás cuando se sienten tristes, solos o heridos.

La corregulación es la esencia de las relaciones positivas: alianzas de trabajo, amistades duraderas, asociaciones íntimas. Si nos perdemos las oportunidades de corregulación en nuestra infancia, nos resentimos por ello en nuestras relaciones adultas. El trauma, ya sea en experiencias de comisión (acciones dañinas) u omisión (falta de atención), hace que la corregulación sea peligrosa e interrumpe el desarrollo de nuestras habilidades de corregulación. Por necesidad, el sistema nervioso autónomo está configurado para regularse de forma independiente. A menudo oirás a los pacientes decir que necesitaban conexión, pero que no había nadie en su vida que les aportara seguridad, así que pasado un tiempo dejaron de buscar. A través de una perspectiva polivagal, sabemos que aunque dejaron de buscar explícitamente y encontraron formas de desenvolverse por su cuenta, su sistema nervioso autónomo nunca dejó de necesitar y anhelar la corregulación.

Cuando no hay oportunidades de conexión, llevamos la angustia en nuestro sistema nervioso. Nuestra soledad nos trae dolor. Las personas solitarias padecen problemas de salud, tanto física como mental, como, por ejemplo, una función inmune amenazada, enfermedades cardíacas y depresión (Cacioppo, 2011), todos ellos relacionados con la función autónoma. Aunque a veces sentirnos solos nos impulsa a contactar, la soledad también intensifica nuestra vigilancia en busca de amenazas (Hawkley y Cacioppo, 2010) con un aumento del cortisol y con la activación del sistema nervioso simpático (Cacioppo, 2011). Una persona solitaria no solo se siente infeliz, sino también insegura. La soledad desencadena una neurocepción de inseguridad y activa nuestros sistemas de defensa autónomos. La soledad crónica envía un mensaje persistente de peligro, y nuestro sistema nervioso autónomo permanece bloqueado en el modo de supervivencia.

La teoría polivagal nos muestra que la corregulación es un requisito para sentirnos seguros (Porges, 2012), que nuestra fisiología se regula en conexión con los demás. Las conexiones de corregulación invitan a una sensación de pertenencia y de vinculación al mundo. Sufrimos cuando no se satisface nuestra necesidad biológica de conexión, y nuestro sufrimiento conduce a respuestas autónomas. Podría ser el sistema nervioso simpático extendiéndose a través de la movilización (interrumpir, discutir, luchar por la atención) o el sistema vagal dorsal rindiéndose con una estrategia de apagado (silencio, distanciamiento, aislamiento). ¿Qué estrategias de supervivencia autónoma ves en tus pacientes cuando se sienten solos y sin sintonía?

Para muchas personas, la corregulación es una experiencia ausente en sus vidas. Para los pacientes con experiencias de trauma infantil, no pertenecer es un sentimiento común y sentirse solos es una experiencia autónoma familiar. La hora de la terapia puede ser el único momento de la semana en que la corregulación es posible. Los terapeutas tienen la responsabilidad de regular su propio estado autónomo y aportar un flujo fiable de energía vagal ventral a

la sesión. Una parte esencial del proceso terapéutico es conectar con los pacientes y ofrecerles señales de seguridad invitándolos a la seguridad de la conexión vagal ventral. Cuando dos sistemas nerviosos autónomos comienzan a corregularse en la conexión vagal ventral, forman un circuito de retroalimentación que crea una espiral ascendente de aumento del tono vagal (Kok y Fredrickson, 2010). Para los pacientes, estas experiencias comienzan a construir nuevos patrones autónomos, y los nuevos patrones brindan el comienzo de una nueva historia.

LA RECIPROCIDAD EN LAS RELACIONES

La reciprocidad es un importante regulador del sistema nervioso autónomo. En latín, *reciprocus* significa "regresar de la misma manera" o "alternar". "La reciprocidad y la inversión espontánea de los roles de dar y recibir son características positivas de las relaciones sólidas… Por el contrario, la falta de reciprocidad suele indicar relaciones angustiadas y vulnerables" (Porges y Carter, 2011, p. 55). La reciprocidad es una conexión entre personas que se crea en la comunicación de ida y vuelta entre dos sistemas nerviosos autónomos. Es la experiencia de escucha y respuesta sinceras. Nos enriquecemos con experiencias de reciprocidad, de sentir el flujo y reflujo, de dar y recibir, de sintonía y de resonancia. Sentimos en nuestros cuerpos y en nuestras historias las formas en que cuidar y que nos cuiden nos aporta bienestar.

La reciprocidad es una forma de pensar acerca de la dinámica de una relación. ¿En qué punto del continuo de interacciones recíprocas se ubica una relación? Podemos usar una interacción individual para observar la reciprocidad a través de la medición de las cualidades de respetar los turnos de

palabra, de hablar y escuchar, de la sensación de una "carretera de doble sentido". Pero los momentos individuales no cuentan la historia completa de una relación. Las circunstancias a menudo interrumpen el equilibrio relacional. Una persona tiene más necesidades en un momento dado y la otra aparece aportando energía reguladora hasta que haya un retorno a la reciprocidad. El cuidado es dulce cuando se ofrece y se recibe con las mismas intenciones. A medida que observamos la reciprocidad en una relación a lo largo del tiempo, preguntamos: ¿hay una invitación permanente a un flujo de reciprocidad? ¿La relación alimenta una sensación de conexión? ¿Hay simetría en la relación?

En la mayoría de las relaciones, el equilibrio se inclina temporalmente, se vuelve a alinear y luego se inclina de nuevo. Esta desigualdad intermitente hace mella en la relación. En otras relaciones, el flujo suele estar desequilibrado con más frecuencia y surge un patrón en el que las necesidades de una persona siempre parecen tener preferencia sobre las de la otra. Una relación con una falta constante de reciprocidad resulta agotadora. Y a veces, debido a un accidente o una enfermedad, el desajuste es continuado y el equilibrio relacional cambia permanentemente. El flujo bidireccional de reciprocidad se reemplaza por la corriente unidireccional del cuidado.

La reciprocidad recordada utiliza la capacidad del cuerpo-mente para recrear una experiencia tomando el recuerdo de un momento de reciprocidad y resucitándolo. Los terapeutas pueden ayudar a los pacientes a identificar los momentos de conexión y volver intencionadamente a ellos. Con los pacientes que tienen pocas experiencias reales de reciprocidad se puede utilizar la reciprocidad imaginada. Los terapeutas pueden ayudar a estos pacientes a imaginar una experiencia de reciprocidad y a darle vida. Las prácticas de reciprocidad tanto recordadas como imaginadas involucran al impulso innato del sistema nervioso autónomo para conectarse y corregularse. Recordar e imaginar momentos de reciprocidad inhibe los sistemas de defensa autónomos

y activa el sistema vagal ventral y su movimiento hacia la seguridad y la conexión. Como se trata de experimentos internos, de ejercicios de reciprocidad realizados de forma aislada (un oxímoron, por supuesto), se pueden hacer siempre que un paciente note la sensación de peligro autónomo aparejada a la desconexión. Para los pacientes que no tienen una red de apoyo social fiable, estas prácticas ofrecen una manera de tener una experiencia de conexión cuando se necesita y cuando no hay personas seguras disponibles. La participación en estas prácticas comienza a construir un recurso de reciprocidad.

En varias lenguas bantúes, *ubuntu* significa que una persona solo se convierte en persona a través de otras personas. Soy humano porque todos lo somos. Como resultado de décadas de estudios, sabemos que estar separado de la conexión social, aislado de otras personas, es un factor de riesgo de por vida que afecta a la salud física y emocional. La desconexión y la exclusión social activan las mismas vías de dolor que las experiencias de daño físico (Eisenberger, 2012). Nuestro lenguaje da muestra de ello: se nos parte el corazón, alguien hiere nuestros sentimientos, el dolor nos atormenta. Con el tiempo, un sistema nervioso autónomo solitario se mueve en los patrones habituales de defensa adaptativa y hace que el estado fisiológico de seguridad no esté disponible. Nuestra experiencia humana común es sentirnos tranquilos en presencia de otros y angustiados cuando nos abandonan (Eisenberger, Lieberman y Williams, 2003). Vivimos en una cultura que fomenta la autonomía y la independencia, y sin embargo debemos recordar que estamos configurados para vivir en conexión.

SECCIÓN I RESUMEN

La esperanza es ser capaz de ver que hay luz a pesar de que todo esté a oscuras.

~ DESMOND TUTU

La teoría polivagal aporta esperanza a los terapeutas en su trabajo con pacientes cuyos patrones de protección los mantienen presos en experiencias de desconexión. A través de esta "ciencia de la conexión", el sistema nervioso autónomo puede ser remodelado hacia la seguridad y la conexión. El sistema de compromiso social, subregulado en una respuesta de supervivencia adaptativa, está esperando a que lo despierten. El freno vagal está intacto, y la "avería" no es estructural, sino que tiene que ver con la realización de oportunidades seguras (Porges, 2003).

La regulación autónoma es un ingrediente necesario para el bienestar físico y psicológico. "El estado del sistema nervioso autónomo es un componente de casi todas las funciones en las que están implicados los seres humanos" (Williamson, Porges, Lamb y Porges, 2015, p. 2). El trauma influye en la regulación autónoma, ya que pone en marcha un patrón de sistemas de defensa crónicamente activos. El resultado es una angustia constante que altera la capacidad de una persona para crear y mantener relaciones enriquecedoras, lo que a menudo conduce a una falta de apoyo social. Luego, en ausencia de apoyo social, el sistema nervioso autónomo percibe el peligro y se aleja más de la conexión hacia la respuesta protectora. Este circuito de retroalimentación crea los patrones de respuesta habituales que se encuentran tan a menudo en los pacientes. Al llevar la teoría polivagal a la terapia, se puede ayudar a los pacientes a reconocer sus patrones de respuesta persistentes y a comprender las formas en que esos patrones han sido moldeados por su entorno.

Ascendemos y descendemos por la jerarquía autónoma rutinariamente. En el transcurso de un día, recorremos esa ruta con frecuencia. Con tantas piezas en movimiento de personas y conexiones que conforman nuestras vidas, a menudo hay una mezcla caótica de energías autónomas. El objetivo es desenvolverse con flexibilidad por la jerarquía de respuesta autónoma.

Pasar de la escasez a la abundancia es un cambio poderoso. Desde una perspectiva polivagal, significa abandonar las respuestas de supervivencia de los sistemas simpático y vagal dorsal hacia una base de regulación vagal ventral. Desde esa plataforma neuronal, podemos sortear los momentos habituales e inevitables en los que estamos a la defensiva y seguir sintiendo la solidez del estado vagal ventral de seguridad y la historia de abundancia.

A través de la teoría polivagal, nos familiarizamos con los procesos subyacentes que conforman nuestras experiencias cotidianas. Tras esta comprensión fundamental de los elementos básicos de la teoría polivagal, ahora podemos centrar nuestra atención en explorar prácticas específicas para remodelar el sistema nervioso. Una terapia (intervención) que fomenta la regulación autónoma, que involucra al sistema de compromiso social y que silencia las respuestas de protección tiene un impacto poderoso (Williamson et al., 2015). La teoría polivagal ofrece a los terapeutas una guía para remodelar el sistema nervioso y ayudar a los pacientes a salir de los patrones habituales de protección hacia nuevos patrones de conexión.

SECCIÓN II

MAPEAR EL SISTEMA NERVIOSO

El buen cartógrafo es a la vez científico y artista.

~ ERWIN JOSEPHUS RAISZ

Cuesta imaginar un mundo sin mapas. La gente lleva siglos dibujándolos. En la Babilonia del año 8000 a. C. se hacían mapas del cielo y de las estrellas. La creación del primer mapa del mundo conocido se atribuye a menudo a Anaximandro, un filósofo griego del siglo VI. Google Maps comenzó su andadura en 2005, y hoy en día la mayoría de nosotros nos aventuramos en el mundo con algún dispositivo que nos diga cuál es la mejor ruta hacia nuestro destino. Todas las culturas usa mapas (Blaut, Shea, Spencer y Blades, 2003) y cuando compartimos un mapa, podemos estar literalmente "en el mismo punto". Usamos mapas cuando estamos perdidos y necesitamos encontrar el camino a casa. Con un mapa autónomo, esa casa es la seguridad del estado vagal ventral en la parte superior de la jerarquía autónoma.

Los pacientes están interesados en su neurobiología, en comprender cómo funciona el "vehículo con el que conducen por la vida". Tanto los adultos como los niños están interesados en conocer los tres componentes básicos del sistema nervioso autónomo. El objetivo del mapeo autónomo es que los pacientes ilustren su experiencia del mundo desde los tres estados de

activación (seguridad, peligro y amenaza vital) detallando las respuestas corporales, las creencias, las emociones y los comportamientos. Con la creación de mapas, los pacientes comienzan a reconocer sus perfiles individuales de compromiso y activación, el primer paso hacia la creación de una sensación somática de seguridad y estabilización.

A través del proceso de mapeo, los terapeutas y los pacientes crean una comprensión compartida del perfil autónomo individual del paciente, lo que lo hace adecuado para la fase inicial del tratamiento. El mapeo aúna las capacidades de los hemisferios izquierdo y derecho; primero, supone una invitación para percibir el estado autónomo (sesgo del hemisferio derecho) y luego agrega un lenguaje a la experiencia (sesgo del hemisferio izquierdo). Los tres mapas de la secuencia de mapeo se convierten en representaciones prácticas del sistema nervioso autónomo de un paciente en funcionamiento. Estos mapas ayudan a guiar la labor clínica. Como la remodelación de los patrones de compromiso se apoya en un estado vagal ventral y se inhibe de los estados de respuesta simpática o vagal dorsal, la identificación del estado autónomo de un paciente es una parte importante del proceso terapéutico.

Los mapas son herramientas poderosas que ayudan a los pacientes a crear el hábito de saber dónde se encuentran en la jerarquía autónoma. Los pacientes me dicen que pegan sus mapas en la nevera o los llevan en la cartera o en el bolsillo. Con la práctica, los pacientes comienzan a visualizar sus mapas en la mente y los utilizan como rutina para ubicarse en su jerarquía autónoma. Es probable que los niños, ya desde los cuatro años, puedan trabajar con modelos similares (Blaut et al., 2003), lo que convierte al mapeo autónomo en una herramienta útil en la terapia infantil y familiar. Crear un "lenguaje familiar" autónomo es útil para gestionar los inevitables momentos de desorden que se dan en el trabajo familiar y en la cotidianidad doméstica de las familias. Las parejas pueden usar sus mapas para explorar las experiencias de falta de armonía que suelen llevarlos a la terapia. El hecho de poder ver los estados de

desregulación en un mapa autónomo deja claro que no se trata de que alguien no esté dispuesto a estar presente, sino que es neurobiológicamente incapaz de estarlo. Los mapas también hacen conscientes los momentos de intimidad autónoma, la dulzura de los momentos compartidos de sintonía vagal ventral.

El mapeo construye un hábito de conciencia autónoma. La secuencia de mapeo básica se compone de tres mapas: el mapa de perfil personal, el de desencadenantes y destellos y el de recursos reguladores.

El mapa 1 (perfil personal) es el mapa fundacional que explora la pregunta "¿Dónde estoy?". Con él, los pacientes identifican su ubicación en la jerarquía autónoma. Este mapa crea las habilidades básicas necesarias para reconocer los estados autónomos y sirve para que los pacientes describan sus puntos de referencia somáticos, de pensamiento, de sentimiento y de actuación para cada estado.

El mapa 2 es el de desencadenantes y destellos, que ayuda a los pacientes a comenzar a responder la pregunta esencial "¿Qué me ha traído hasta aquí?". Los desencadenantes se identifican como provocaciones simpáticas y vagales dorsales, mientras que los destellos son los momentos en que se ilumina el sistema vagal ventral. Es importante reconocer ambos aspectos, y al trabajar con supervivientes de traumas, los terapeutas pueden verse atrapados en el enfoque de la desregulación. Como el cerebro tiene un sesgo de negatividad incorporado, es necesario llamar la atención sobre los micromomentos de conexión segura, porque de lo contrario los pacientes los pasarán por alto y no obtendrán los beneficios de esos fogonazos de regulación autónoma.

El mapa 3 (recursos reguladores) es el último mapa de la secuencia y aborda la pregunta "¿Cómo puedo encontrar mi camino hacia la regulación vagal ventral?". Tenemos el potencial (y la necesidad) de una regulación tanto individual como interactiva, y este mapa está diseñado para identificar recursos en ambas categorías. En respuesta a las formas en que las experiencias vitales han conformado sus sistemas nerviosos autónomos, los

pacientes tienden a confiar más en una que en otra. El mapa de recursos reguladores llama la atención sobre la presencia y ausencia de recursos individuales e interactivos y sobre el proceso de construcción de nuevas vías de regulación.

LA VIDA EN LA ESCALERA

> *Desde el momento en que llegas a este mundo, te colocan delante una escalera que puedes trascender.*
>
> ~ RUMI

La secuencia de mapeo inicial utiliza el concepto de escalera presentado anteriormente en la "Guía de la teoría polivagal para principiantes" (véase p. 7). La imagen de la escalera invita a una sensación de transiciones seguras. Subir y bajar una escalera no requiere superar una brecha dando un salto, sino que implica una progresión constante de un peldaño a otro. La escalera siempre está en contacto con el suelo, lo que ofrece una manera de llegar de manera segura a lugares más altos. En este caso, las raíces evolutivas del vago dorsal son la base de nuestra escalera, y la transición ascendente nos lleva a través del estado simpático energizado hasta el estado vagal ventral de conexión social. A los pacientes les resulta fácil responder a la pregunta "¿Dónde estás en la escalera?" y rastrear los cambios de estado utilizando la imagen de subir y bajar la escalera. Los mapas de la escalera son fáciles de compartir con otras personas, lo que crea una comprensión mutua de estados autónomos.

El uso de una progresión ascendente y descendente en la escalera no implica que una dirección sea buena y la otra mala, sino que más bien pretende representar la jerarquía y la supervisión del estado vagal ventral para mantener la homeostasis. En el transcurso de mis experiencias clínicas y docentes, me he encontrado con varias personas que tienen miedo a las alturas y a las que la imagen de la escalera les resulta inquietante. Una colega ayudó creativamente a su paciente a dibujar la parte superior de la escalera más ancha que la base para que pudiera conectar con la imagen de manera segura. Otra colega puso la imagen de la escalera tumbada y mantuvo el sentido de jerarquía utilizando una progresión de "ida y vuelta" en lugar de "arriba y abajo".

En estos mapas, la escalera se divide en tercios. Cada sección representa un estado autónomo (vagal ventral en el tercio superior, simpático en el tercio central y vagal dorsal en el tercio inferior) y abarca varios peldaños para ilustrar que hay un rango de respuestas dentro de cada uno y una progresión al moverse entre estados. Los tres mapas utilizan términos polivagales para etiquetar los estados autónomos: vagal ventral (seguro, social); simpático (movilizado, lucha, huida) y vagal dorsal (inmovilizado, colapso). También es importante que los pacientes tengan su propio código, sus propias formas de hablar cómodamente sobre sus experiencias autónomas, por lo que cada sección del mapa también incluye un espacio para que los pacientes creen sus propias etiquetas.

CAPÍTULO 4

MAPA DE PERFIL PERSONAL

El mapa de perfil personal ofrece a los pacientes una forma de acceder a la conciencia nómica automática y aportar percepción a la experiencia sin palabras de la neurocepción. Una vez que los pacientes han creado su mapa, se convierte en un anclaje al que pueden regresar con la pregunta de orientación "¿Dónde estoy en mi mapa?".

La estructura de esta experiencia de mapeo está diseñada para preservar una "masa crítica" de energía vagal ventral para que los pacientes puedan activar con seguridad los estados simpático y vagal dorsal, estar con cada estado pero no secuestrados por él y cambiar intencionadamente entre estados. Los terapeutas apoyan a sus pacientes para que se muevan de manera segura entre estados autónomos aportando su propia energía vagal ventral al proceso de corregulación. Aunque el paciente es quien hace el mapa, se trata de un proceso diádico. Como la transición entre estados es difícil para muchos pacientes y puede conducir a períodos prolongados de desregulación, es importante que los terapeutas envíen señales de seguridad autónomas para crear una experiencia compartida de trabar amistad.

COMPLETAR EL MAPA DE PERFIL PERSONAL

Comenzamos con un mapa de perfil personal en blanco (plantilla en p. 217) y rotuladores de colores. El mapa se puede dibujar a lápiz o a boli, pero yo prefiero añadir color al proceso de mapeo. El color es una de las primeras formas en que aprendemos a distinguir objetos, y los estudios muestran que los colores evocan excitación fisiológica y efectos psicológicos (Yoto, Katsuura, Iwanaga y Shimomura, 2007). Trabajar con rotuladores saca a los adolescentes y a los adultos de sus hábitos, lo que interrumpe los patrones arraigados de usar bolígrafos y lápices o de teclear. Ofrecer rotuladores de colores atrae la atención de los pacientes hacia la forma en que la creación de mapas va más allá de un ejercicio cognitivo descendente y los invita a adoptar una forma diferente de experimentar. Para los niños, que aún no están inmersos en la forma en que trabajan los adultos, las ceras y los rotuladores todavía están vinculados a la creatividad.

Cuando tu paciente comience a trabajar en cada sección, invítalo a elegir los rotuladores de colores que representen ese estado autónomo con la pregunta: "¿Qué colores te atraen cuando te preparas para mapear el peligro simpático, la amenaza vagal dorsal y la seguridad vagal ventral?". Es una oportunidad para que se introduzca en la práctica de tomar una decisión fundamentada autónomamente conectando con la información comunicada desde el estado autónomo en lugar de escuchar una historia cognitiva sobre el color. En particular, tras haber ayudado a cientos de personas a crear sus mapas, he observado que el gris o el negro suelen ser una elección vagal dorsal, el rojo suele ser una elección del sistema nervioso simpático y el azul o el verde son una elección vagal ventral.

Durante el proceso de creación del mapa, cada estado se activará a medida que se mapee, por lo que es esencial acabar completando la sección vagal ventral "segura y social", ya que este es el estado autónomo que quieres que tus pacientes experimenten activamente al final del ejercicio. Comienza completando la sección simpática y luego pasa a la sección vagal dorsal. El

cambio de simpático a vagal dorsal es un movimiento descendente en la jerarquía autónoma, y para la mayoría de los pacientes es un camino familiar. Después de completar la sección vagal dorsal, finaliza el mapa rellenando la sección vagal ventral. La transición de vuelta de vagal dorsal a vagal ventral supone un reto mayor y requiere una movilización simpática. Para fomentar el retorno a la regulación vagal ventral, puedes guiar a tu paciente para que inicie el retorno de energía con una respiración (un suspiro suele ser una señal de que el sistema busca la regulación), ofrecerle las señales que percibe el sistema de compromiso social (tono de voz cálido, mirar a los ojos, quizás inclinarte un poco para usar la proximidad como señal de conexión) y nombrar la secuencia de abandonar el colapso vagal dorsal, de movilizarse a través del sistema nervioso simpático y de acceder a la conexión vagal ventral.

Mapear un estado implica activar y luego documentar las cualidades de ese estado. Al llevar los estados simpático y vagal dorsal a la plasmación vital con el propósito de mapear, ayuda a tu paciente a dosificar la experiencia dándole una muestra suficiente del estado como para poder mapearlo. Para el estado vagal ventral, invita a tu paciente a experimentar cómo "se llena desde su interior hasta la piel" creando una experiencia plenamente encarnada y viva. Pide a tu paciente que sienta la plasmación de su experiencia (neurocepción) y luego haz esa experiencia consciente (percepción cortical). Conduce la atención de tu paciente a los pensamientos, los sentimientos, las respuestas corporales y los comportamientos: "Completa la sección correspondiente a cada estado escribiendo qué sensación te da, qué aspecto tiene y cómo suena. ¿Qué pasa en tu cuerpo? ¿Qué haces? ¿Qué sientes? ¿Qué piensas y dices?".

Una vez que te familiarices con el mapeo, encontrarás tu propio lenguaje para guiar el proceso. En la rutina de introducir a tus pacientes en el mapeo, ganarás comodidad a la hora de ofrecer palabras que induzcan la cantidad apropiada de activación de cada estado. A modo de ejemplo para ayudar en ese proceso, aquí tienes las introducciones que suelo usar en cada fase.

Sistema nervioso simpático.Intenta recordar un momento en el que sintieras que la energía movilizadora simpática te atravesaba. Puede que sintieras demasiada energía inundando tu sistema, una sensación de inquietud, puede que incluso te abrumara. ¡Como si estuvieras a punto de rebosar! Ahora deja solo lo justo en tu mente y en tu cuerpo como para hacerte a la idea y luego empieza a mapearlo.

Vagal dorsal.>Piensa en alguna ocasión en la que tuvieras la sensación vagal dorsal de desconexión, una sensación de colapso. No tienes suficiente energía para ejecutar el sistema. Si estuvieras en una habitación llena de gente, podrías notar como si hubiera un escudo de plexiglás que te separase de los demás, podrías verlos pero no alcanzarlos. Podrías sentirte deprimido. Encontrar esperanza no es fácil. Deja que entre un poco de esa sensación en tu mente y en tu cuerpo, lo justo para hacerte a la idea. Y ahora empieza a mapearlo.

Vagal ventral.Piensa en un momento en que sintieras el flujo de energía vagal ventral. La sensación de que todo está bien; no es maravilloso ni perfecto, pero está bien. El mundo es lo suficientemente seguro y puedes surcarlo con facilidad. Da vida a ese momento y deja que te llene... desde tu interior hasta tu piel. Y cuando esté completamente vivo, comienza a mapearlo.

A medida que tu paciente complete el mapa, haz que se fije en cómo afecta a su sueño, a su relación con la comida y al uso de sustancias en cada sección.

Cuando termine cada sección, pídele que complete dos frases: “Yo soy...” y “El mundo es...”. Estas dos oraciones identifican las creencias fundamentales que están funcionando en cada estado y, aunque no son revelaciones, los pacientes a menudo las reconocen de nuevas maneras.

Al finalizar el ejercicio de mapeo, pide a tu paciente que comparta cada sección contigo siguiendo el mismo orden en que se creó el mapa: de simpático a vagal dorsal acabando en vagal ventral. Navega por el mapa con tu paciente. Familiarízate con los puntos de referencia del cuerpo, del comportamiento y de las creencias que ha identificado. En el proceso, tanto tu paciente como tú podréis sentir los cambios y percibir juntos la dificultad o la flexibilidad para moverse entre estados. Este es un momento de conexión vagal ventral, ya que sigues siendo curioso y compasivo e involucras activamente a tu paciente en la corregulación.

Algunos pacientes tienen problemas para localizar un momento de regulación vagal ventral. Puede que crean que su sistema nervioso carece de energía vagal ventral. ¡Una paciente llegó a decirme que estaba convencida de que su nervio vago estaba roto! La conexión de sintonía con el momento presente entre tu paciente y tú puede ser la fuente de un compromiso social seguro que haga que el estado vagal ventral cobre vida para el mapeo. Podrías preguntar: "En este momento, entre nosotros, en este espacio seguro, ¿qué te dice tu sistema nervioso autónomo?". La conexión con una mascota es otra forma de encontrar un momento de seguridad vagal ventral. Una conexión cariñosa con un animal suele causar una respuesta vagal ventral. La investigación con perros y sus dueños ha demostrado que el ritmo cardíaco elevado de una persona se regula cuando se reúne con su perro (Beetz, Uvnäs-Moberg, Julius y Kotrschal, 2012). Las experiencias en la naturaleza también revitalizan el estado vagal ventral. Se ha demostrado que la relación de una persona con la naturaleza tiene efectos importantes sobre su bienestar (Nisbet, Zelenski y Murphy, 2011); pasar tiempo en un entorno natural reduce el estrés (medido en los niveles de cortisol) e influye positivamente en la salud psicológica (Ewert, Klaunig, Wang y Chang, 2016). Cuando las relaciones han sido una fuente de desregulación, la naturaleza puede ser un camino para encontrar un momento vagal ventral que mapear.

El uso del mapa de perfil personal ayuda a tu paciente a considerar qué estado utiliza con mayor frecuencia en su día a día. ¿Una respuesta simpática alarmada e hipervigilante o una respuesta vagal dorsal opaca y no reactiva? Para algunos pacientes, el límite entre la respuesta vagal ventral y la simpática es su lugar familiar. Sin vigilancia simpática, se sienten inseguros. Para otros pacientes, el sabor de la desconexión vagal dorsal es su lugar habitual. Para muchos pacientes, el punto de partida es "sumergir la punta del pie" en la energía vagal ventral y acostumbrarse al estado de seguridad al que su sistema nervioso no ha tenido acceso. El lugar de un paciente en su escalera autónoma te ayuda a guiar la sesión. En un estado simpático o vagal dorsal, su sistema nervioso autónomo permanece bloqueado en una historia de supervivencia, mientras que un estado vagal ventral aporta conexión y abre el sistema a la posibilidad de cambio. Una vez que tu paciente pueda mapear sus estados autónomos, podréis evaluar juntos la seguridad y el riesgo desde una perspectiva autónoma. Hacia el final de una sesión, la pregunta "¿Dónde estás en tu mapa?" es un indicador fiable para explorar lo que le resultará útil a tu paciente cuando regrese al mundo más allá de la seguridad de la sesión de terapia.

A veces los pacientes actúan por un simple deseo de hacer algo y a veces sus acciones están motivadas por una necesidad no satisfecha, y saber dónde están en su mapa ofrece información útil. Tomemos como ejemplo el dilema entre comprometerse o no hacerlo. Si tenemos en cuenta que el estado impulsa la historia, la decisión de comprometerse puede responder a un deseo de inspiración vagal ventral de estar en conexión con alguien o puede tratarse de una necesidad impulsada simpáticamente de no estar solos. Un supuesto aporta una historia de amistad y reciprocidad; el otro, una historia de la incansable búsqueda de conexión. En el otro lado de la cuestión, la decisión de no comprometerse podría responder nuevamente a una experiencia vagal ventral de encontrar deleite en una noche de lectura y en una historia de

cuidado personal o tratarse de una experiencia vagal dorsal de desesperación con una historia de inadaptación aparejada.

Al comenzar la terapia con nuevos pacientes, es útil completar el mapa de perfil personal al principio del proceso, ya que es un buen punto de partida para introducir a los pacientes en la teoría polivagal. A través de la creación de mapas se conocen a sí mismos de diferentes maneras. En el proceso de creación de su mapa de perfil personal, los pacientes aprenden a recurrir a sus experiencias sin juicios y ven su desregulación como un intento de protección y su necesidad de conexión como una necesidad humana común.

Un colega compartió conmigo la siguiente historia de su experiencia de mapeo con una paciente.

> He estado trabajando con una niña de quinto curso cuyos padres se divorciaron hace poco y querían que tuviera alguien con quien hablar. Recientemente, la introduje en la teoría polivagal y mapeamos los tres estados de su sistema nervioso autónomo. En nuestra siguiente sesión, le pregunté si durante esa semana había sido consciente de su estado autónomo. Me contó que había estado sentada sola en un cafetería en un extremo de la mesa mientras sus amigos estaban en el otro extremo. Cuando notaba que se sentía sola, se preguntaba a sí misma si se encontraba en un estado vagal dorsal por estar sola. Entonces pensaba en su respuesta autónoma y decidía que estaba en un estado vagal ventral y que se encontraba bien justo donde estaba.

CAPÍTULO 5

MAPA DE DESENCADENANTES Y DESTELLOS

Muchos de los sistemas integrados en nuestras comunidades, sobre todo en escuelas y lugares de trabajo, se han desarrollado sin tener en cuenta el papel del sistema nervioso autónomo para guiar el compromiso y la desconexión de la experiencia cotidiana y, como resultado, son insensibles a las necesidades autónomas individuales de seguridad. En entornos sociales, el enfoque de "talla única" se ha convertido en la norma. Los comportamientos identificados como conformes se consideran apropiados y previsibles. En la lucha por encajar, podemos sentir la presencia de señales de peligro y la ausencia de señales de seguridad. Cuando la respuesta de supervivencia autónoma anula las capacidades del sistema de compromiso social, es imposible comprometerse con otros en la corregulación. Sin una lente autónoma, a las personas cuyo estado subyacente les impide encajar en el modelo aceptado se las considera inadaptadas y se las critica a causa de la creencia de que podrían modificar sus comportamientos si quisieran. Los sistemas insensibles refuerzan la desregulación autónoma a través de la culpa que genera vergüenza. Se convierte en una historia sobre *quién*, y no sobre *cómo* o *por qué*.

La segunda herramienta es el mapa de desencadenantes y destellos. Este mapa llama la atención sobre los momentos de activación y los momentos de regulación. Identificamos los *desencadenantes* como señales de peligro que activan la defensa simpática y la vagal dorsal y los *destellos* como señales de

seguridad que surgen de un estado vagal ventral de salud, crecimiento y restauración. Nuestra supervivencia depende del reconocimiento preciso tanto de las experiencias útiles como de las dolorosas. Recordando que no basta con eliminar las señales de peligro, sino que también debemos percibir señales de seguridad, este ejercicio de creación de mapas llama la atención sobre las experiencias de los pacientes en cada uno de los tres estados autónomos.

Este segundo mapa de la serie está diseñado para ayudar a los pacientes a identificar qué activa los cambios de estado específicos y a que comiencen a considerar que sus experiencias autónomas podrían anticiparse de manera fiable. Con una sensación de previsibilidad, los pacientes ya no se sienten a merced del destino. Este mapa ayuda a dar sentido a lo que nuestros pacientes a menudo piensan que "simplemente sucede". Cuando entienden que existen factores (causas) que precipitan cada estado, pueden comenzar a reconocer su movimiento de salida y de entrada de los estados (efectos). Los efectos dependen de las causas (Rim, Hansen y Trope, 2013), y explorar "por qué" aporta cierta energía de observación que hace que resulta más fácil considerar el estado autónomo.

DESENCADENANTES

La identificación de los desencadenantes es una manera de comenzar a pasar de la historia autocrítica de "quién soy" a la curiosidad sobre "cómo respondo". En este ejercicio de mapeo, los desencadenantes se identifican y se vinculan a un estado autónomo. Se dan cuando el freno vagal no puede relajarse, volver a conectar y mantener la regulación vagal ventral. Son el resultado de un reto neuronal que es demasiado grande para la flexibilidad del sistema. Aportan una neurocepción de peligro o amenaza vital y el sistema

nervioso autónomo activa una respuesta de supervivencia. Estas señales de peligro provocan una movilización simpática o un cierre vagal dorsal.

DESTELLOS

El sistema vagal ventral guía nuestra experiencia con los destellos. La neurocepción de seguridad crea la posibilidad de relajarse en un momento de conexión con uno mismo, con los demás o con el entorno. Las señales de

seguridad aportan destellos que a menudo se detectan en micromomentos de activación vagal ventral. Los destellos pueden ayudar a calmar un sistema nervioso en modo de supervivencia y brindar un retorno de la regulación autónoma. La investigación de Kok y sus colegas (2013) demostró que, a pesar de que la experiencia de una emoción positiva es breve, puede generar recursos duraderos. Llamar la atención sobre estos pequeños momentos lleva al sistema hacia un punto de inflexión, y la existencia de múltiples micromomentos puede ser lo suficientemente significativa como para crear un cambio autónomo.

COMPLETAR EL MAPA DE DESENCADENANTES Y DESTELLOS

El mapa de desencadenantes y destellos (plantilla en p. 221) usa la misma plantilla de la escalera que el mapa de perfil personal, pero agregando la etiqueta de "destellos" a la sección vagal ventral y la de "desencadenantes" a las secciones simpática y vagal dorsal. Este segundo mapa de la secuencia de mapeo sigue al de perfil personal y trabaja sobre la comprensión inicial de un paciente acerca de su experiencia en cada uno de los tres estados autónomos. Este ejercicio de creación de mapas atrae la atención de los pacientes sobre lo que sucede en sus cuerpos, en el entorno y en las relaciones que ponen en movimiento los cambios de estado autónomo. Los desencadenantes y los destellos son los eventos concretos que mueven a los pacientes hacia arriba y hacia abajo en la escalera autónoma. La pregunta "¿Qué me trae hasta aquí?" da el pie para que comience la exploración. Los pacientes suelen percibir primero los "titulares" y luego se les puede ayudar a nombrar los "elementos tangibles".

Titular vagal dorsal: no sentirse querido

- Elementos tangibles: cuando mis amigos planean una quedada y no me dicen que me apunte; cuando mis compañeros de trabajo están teniendo una conversación y me ignoran.

Titular del sistema nervioso simpático: sentir una falta de respeto

- Elementos tangibles: cuando un amigo se aleja de mí durante una conversación; cuando mi pareja me interrumpe.

Titular vagal ventral: sentirse percibido

- Elementos tangibles: cuando el empleado de la tienda me mira y sonríe; cuando mi compañero de trabajo me pregunta cómo me va el día.

Es importante pasar de la identificación de los titulares generales a la definición de los eventos específicos que crean los titulares. Es necesario describir los factores específicos que crean el acceso a un estado para comprender cómo predecir, gestionar o recrear los cambios de estado.

A algunos pacientes les gusta tener su mapa de perfil personal como referencia. Otros simplemente usarán experiencias recientes como guía en este segundo proceso de creación de mapas. Al igual que con el ejercicio del mapa de perfil personal, a los pacientes se les ofrecen nuevamente rotuladores de colores para que los usen. Trabaja primero con los desencadenantes. Como las experiencias de angustia son las que hacen que nuestros pacientes acudan a terapia, los desencadenantes suelen ser fácilmente accesibles. Pide a tus pacientes que identifiquen con cuál de los estados de supervivencia (vagal dorsal o simpático) les resulta más fácil nombrar sus desencadenantes y empieza por ahí. Mapea ese estado y luego el otro. Una vez que se hayan mapeado los desencadenantes simpáticos y vagales dorsales, pasa a la

exploración de los destellos. A medida que tus pacientes completen cada sección del mapa, pídeles que la compartan contigo. Centrarse cada vez en un estado les ayuda a aclarar lo que los lleva a cada estado y a percibir las distinciones entre los estados.

Un paciente puede tener problemas con cualquiera de los estados en este mapa debido a su perfil autónomo particular. Si la movilización simpática o el colapso vagal dorsal es un estado desconocido, la identificación de los desencadenantes asociados será más difícil. Los pacientes a menudo consideran que el reconocimiento de los destellos es la parte más exigente de este ejercicio de creación de mapas y se sienten animados cuando descubren que, de hecho, son los incidentes específicos los que dan vida a los destellos. Llamar la atención sobre los destellos no supone negar el sufrimiento que experimentan nuestros pacientes con los desencadenantes. Los desencadenantes y los destellos son una de las experiencias integradoras que la terapia se esfuerza en fomentar. Una perspectiva basada en las fortalezas nos recuerda que el bienestar no es simplemente la ausencia de problemas, sino también la presencia de fortalezas. Solíamos pensar en el bienestar como la ausencia de enfermedades y trastornos. Cada vez más, reconocemos que el bienestar va más allá de la falta de enfermedades y que, al mismo nivel de importancia, abarca el funcionamiento social y emocional positivo. Desde una perspectiva autónoma, la teoría polivagal identifica el vínculo entre el bienestar fisiológico y el psicológico e indica la necesidad tanto de la resolución de señales de peligro como del reconocimiento y la provisión de recursos de seguridad. Al completar el mapa de desencadenantes y destellos, los pacientes reciben ayuda para explorar su experiencia autónoma completa.

El mapa de desencadenantes y destellos ayuda a los pacientes a identificar sus sensibilidades simpáticas y vagales dorsales y sus fortalezas vagales ventrales desde una posición de curiosidad. La respuesta autónoma se manifiesta en cómo se perciben los momentos intensos o matizados de

activación o comodidad, cuánto duran y con qué frecuencia aparecen. Tener en cuenta la relación entre los desencadenantes y los destellos es otra forma de observar las respuestas y su impacto en la vida diaria. El cambio en cada uno de estos marcadores (frecuencia, intensidad, duración, relación) a lo largo del tiempo es una forma de medir el movimiento por el continuo autónomo que va de la sensibilidad a la resiliencia.

CAPÍTULO 6

MAPA DE RECURSOS REGULADORES

El mapa de recursos reguladores es la última parada en la secuencia básica de mapeo. Tras haber mapeado la experiencia de cada estado autónomo (mapa de perfil personal) e identificado las señales de peligro y seguridad que provocan la activación inmediata de cada estado (mapa de desencadenantes y destellos), los pacientes trabajan con este mapa final de la serie para conocer sus patrones de regulación. El mapa de recursos reguladores está diseñado para ayudar a los pacientes a identificar acciones individuales e interactivas que los sacan de los estados vagal dorsal y simpático y acciones que mantienen un estado vagal ventral. En este proceso de creación de mapas, continúan conociendo su perfil autónomo a medida que descubren la presencia y ausencia de recursos individuales e interactivos en cada estado autónomo.

APRENDER SOBRE LA REGULACIÓN

Venimos al mundo con la necesidad de corregularnos para sobrevivir. Los bebés y sus madres se involucran mutuamente en la regulación recíproca; el bebé se dirige naturalmente a su madre y esta responde, de manera que juntos crean un estado fisiológico y psicológico (Apicella et al., 2013). Esta experiencia interactiva tonifica el sistema nervioso del bebé a partir de la creación de su perfil neuronal individual. Cuando ocurren los esperados y comunes momentos de ruptura, la madre regulada y en sintonía se da cuenta, procede a la reparación y el bebé experimenta seguridad en la regulación interactiva. Un ejemplo de ello es una madre que está jugando con su bebé y

se da la vuelta para interactuar con su hijo mayor. El bebé siente la pérdida de la conexión e indica su angustia (grita, busca a su madre, llora). La madre reconoce la desregulación de su bebé y le vuelve a prestar atención a través de la mirada y la voz prosódica. Tronick y Reck (2009) demostraron que el impacto de los momentos de falta de sintonía (desajuste interactivo) no es necesariamente desfavorable; de hecho, el bebé solo comienza a tener una expectativa negativa acerca de sus interacciones futuras cuando las rupturas se dan pero no se reparan. En el ejemplo anterior, si la madre no reconoce la angustia de su bebé o si responde con enfado a su demanda de conexión, la reparación necesaria no se produce. Si una madre sufre una desregulación crónica, su capacidad de ofrecer una regulación interactiva se ve afectada y el sistema nervioso autónomo de su bebé entra en modo de protección y ya no busca la seguridad de la corregulación. Para este bebé, ahora la supervivencia depende de la autorregulación.

La capacidad de autorregulación debe construirse de manera óptima sobre la base de la regulación interactiva. Un bebé comienza a aprender a autorregularse a partir de la regulación interactiva de la díada madre-bebé en sintonía. Esta capacidad de autorregulación continúa desarrollándose a lo largo de la infancia respaldada por el compromiso social con otras personas reguladas autónomamente. “La capacidad de experimentar plenamente los propios sentimientos, especialmente si son intensos y/o dolorosos, aumenta enormemente cuando somos capaces de hacerlo junto a otra persona que nos apoya, se pone en nuestro lugar y está emocionalmente presente” (Fosha, 2001, p. 229). A medida que aumenta la capacidad de autorregulación, las reacciones van seguidas de la regulación y la recuperación. Cuando estamos respaldados por un sistema nervioso que puede interactuar con flujos de regulación tanto interactivos como individuales, la navegación segura y flexible de las experiencias diarias se hace posible.

La investigación sobre la conexión social muestra una tendencia descendente en la conexión y un aumento del aislamiento y la soledad (Seppala, Rossomando y Doty, 2013). Sin personas fiables con las que interactuar, recurrimos a nuestras habilidades de autorregulación, de manera que se pierde la oportunidad de una regulación interactiva y la creación de un bienestar autónomo a través de la conexión con otros. Cuando nos sentimos solos, también nos sentimos inseguros (Cacioppo y Cacioppo, 2014), y la soledad activa los sistemas de supervivencia del sistema nervioso autónomo.

A través del sistema de compromiso social, usamos los ojos, la voz y los movimientos faciales y de la cabeza para enviar y recibir señales de seguridad y para buscar y ofrecer conexión. Cuando usamos dispositivos para comunicarnos, suelen perderse los importantes elementos no verbales que se transmiten en el tono de voz, en la expresión facial y en el lenguaje corporal. A medida que aumenta nuestra dependencia de las conversaciones en línea para comunicarnos, se reducen las oportunidades de ejercitar nuestros circuitos de compromiso social. Como dice Sherry Turkle, directora de la iniciativa del MIT sobre tecnología y personalidad, "la conversación cara a cara es lo más humano y humanizante que hacemos" (2015, p. 3).

Un historial de cuidados sin sintonía y de rupturas no reparadas configura el sistema nervioso autónomo hacia la protección y lo aleja de la conexión. El aislamiento y la percepción de la desconexión social pueden conducir a la falta de recursos interactivos. Ambas experiencias se convierten en una historia de soledad. Una neurocepción crónica de peligro o de amenaza vital que se desencadena en respuesta a la conexión con los demás dificulta el uso de recursos interactivos. Con un sistema nervioso que se desregula cuando se ofrece compromiso social, es probable que un paciente considere inicialmente que la regulación interactiva es un desafío neuronal demasiado grande. Para algunos, el primer recurso de regulación interactiva puede consistir simplemente en sentarse en un lugar en el que haya más gente (un centro

comercial, una cafetería, el cine) y sentir la presencia de otras personas desde una distancia segura.

Al explorar los recursos para salir de una respuesta simpática o vagal dorsal, es importante recordar los estados de energía implicados en cada caso. En el colapso vagal dorsal, el sistema nervioso autónomo ha entrado en un estado de "conservación" que no proporciona la suficiente energía moviéndose por el sistema como para fomentar la regulación. Para que comience la recuperación, hace falta un suave retorno de energía. El recurso no puede aportar un cambio de energía demasiado grande, ya que se percibiría como peligroso y empujaría al sistema a la desconexión. En un estado de movilización simpática, hay demasiada energía inundando el sistema. Para avanzar desde aquí, el recurso tiene que brindar una manera de descargar energía de manera segura.

Algunas acciones pueden ser un recurso para cada uno de los estados autónomos cuando se utilizan con una pequeña diferencia. Un ejemplo es el movimiento. Los seres humanos estamos configurados para movernos. El movimiento fue esencial para la supervivencia (Owen et al., 2010) y es un recurso fundamental para la regulación. A través de una perspectiva polivagal, entendemos que el movimiento es una característica clave de la activación simpática que está ausente en el colapso vagal dorsal y que es una parte natural del estado vagal de conexión ventral. Como recurso para cambiar la inmovilización del estado vagal dorsal, los movimientos pueden ser pequeños o incluso simplemente percibidos (imaginados en lugar de representados, dando vida al córtex motor). En el estado simpático, la intensidad del movimiento debe moldearse, y en el estado vagal ventral se puede disfrutar del movimiento vagal. Pongamos como ejemplo el hecho de caminar. En el estado vagal dorsal el movimiento puede ser pequeño (pasos a cámara lenta o pasos imaginados), en el simpático puede ser una carrera a un ritmo rápido y en el vagal ventral, una refrescante y reconfortante caminata.

COMPLETAR EL MAPA DE RECURSOS REGULADORES

El mapa de recursos reguladores (plantilla en p. 225) usa la misma escalera que los otros mapas de la serie, pero se le añade una línea central para dividir el mapa en las dos categorías de regulación: regulación interactiva (cosas que puedo hacer con los demás) y la autorregulación (cosas que puedo hacer por mi cuenta). Las secciones simpática y vagal dorsal están etiquetadas como "¿Qué me saca de aquí?" y la sección vagal ventral está etiquetada como "¿Qué me ayuda a quedarme aquí?". Como ocurre con el mapa de desencadenantes y destellos, da igual que el paciente comience con la sección simpática o con la vagal dorsal. Haz que empiece por el estado que le resulte más familiar y que complete sus propios recursos interactivos para ese estado. Luego haz lo mismo con el otro estado de supervivencia. Finaliza pidiéndole que rellene la sección vagal ventral.

Al igual que los otros mapas de esta secuencia, se usan rotuladores de colores, pero aquí es recomendable que invites a tu paciente a elegir dos colores para cada estado: uno para recursos individuales y otro para recursos interactivos. La imagen que se crea ilustra de manera llamativa la abundancia y la escasez. Con una imagen clara de sus opciones actuales, los pacientes pueden comenzar a percibir la efectividad y los resultados y a explorar dónde y cómo agregar recursos.

La confección del mapa de recursos reguladores se prolonga durante el tiempo en que tus pacientes siguen creando recursos que los devuelven a un estado vagal ventral y accionan su freno vagal. El mapa se convierte en parte del proceso de terapia al centrarse en lograr el equilibrio de los recursos individuales e interactivos, al crear recursos donde no los hay y al configurar los recursos hacia acciones que brindan un regreso efectivo a la seguridad vagal ventral. Este mapa está diseñado para llamar la atención de tus pacientes sobre los recursos que ya utilizan y las áreas en las que escasean.

Los pacientes suelen sorprenderse (y a veces angustiarse) al ver la variedad de formas en que llevan a cabo intentos de regularse. El diccionario *Merriam-*

Webster define "recurso" como "algo que se emplea en momentos difíciles" y como "una posibilidad de alivio o recuperación". Cuando tus pacientes están desregulados autónomamente y experimentan una respuesta de supervivencia adaptativa, es muy poderoso recurrir a una acción que brinda la posibilidad de alivio. Si bien el recurso podría no ser una respuesta saludable, es un intento de solventar el dolor del estado actual de reacción autónoma. La comida y las sustancias son ejemplos comunes de recursos que tus pacientes pueden emplear y cuya relación con ellos pueden acabar deseando cambiar. Al comprender la necesidad autónoma de garantizar la supervivencia, puedes ayudar a tus pacientes a ver sus "respuestas de recursos" sin avergonzarse.

Los pacientes también pueden sorprenderse al notar una ausencia de recursos para un estado en particular o una escasez de recursos en la categoría individual o interactiva. Es importante recordarles que su sistema nervioso autónomo ha sido tonificado por su pasado y que se está volviendo a sintonizar en el presente. Crearán nuevos recursos en el proceso de llevar el equilibrio a su sistema utilizando la información de su mapa para dirigir este proceso.

Para tus pacientes, es igual de importante la identificación de lo que los saca de la desregulación vagal dorsal o simpática que la identificación de los recursos que mantienen su estado vagal de conexión ventral. Si tienen problemas con esta parte del mapa, observar destellos previamente identificados puede generar un reconocimiento de las vías de regulación. Como los pacientes acuden a terapia en estados de desregulación, pueden pensar que no tienen recursos para esta sección del mapa. Algunos se sentirán aliviados al encontrar varios recursos, mientras que otros se sentirán consternados al ver los pocos que tienen. En el transcurso de la terapia, todos tus pacientes construirán numerosos recursos y encontrarán la cantidad justa de recursos interactivos e individuales para satisfacer sus necesidades autónomas únicas.

SECCIÓN II RESUMEN

> *Lo que hacemos continuamente se vuelve más fácil, no porque su naturaleza haya cambiado, sino porque nuestro poder para hacerlo ha aumentado.*
>
> ~ RALPH WALDO EMERSON

El sistema nervioso autónomo es nuestro sistema de vigilancia personal; persigue la seguridad y se mantiene alerta ante el peligro. Este sistema envía su información a través de nuestra fisiología fomentando el compromiso o creando una desconexión al tiempo que nos acerca o nos aleja de personas, lugares y cosas. Las respuestas se traducen en una historia de "quién y por qué" a medida que avanzamos en la historia psicológica. Nos olvidamos de los comienzos: "Érase una vez una respuesta autónoma".

La secuencia de mapeo inicial resumida en los capítulos de la Sección II proporciona una estructura para que tus pacientes identifiquen las formas en que sus patrones particulares de respuesta autónoma afectan a sus experiencias de la vida diaria. Hay un proceso de trabar amistad que subyace a la elaboración del mapa: el terapeuta guía a su paciente hacia su experiencia autónoma, y ambos escuchan abiertamente con la mente y con el corazón los fundamentos fisiológicos de las historias psicológicas. Al completar la secuencia de los tres mapas, los pacientes comienzan a reconocer los estados autónomos y las formas en que salen y entran en cada estado. Se convierten en expertos en detectar estados. Cuando los pacientes se sienten cómodos con sus propias habilidades de mapeo, comienzan a sentir de forma natural curiosidad por los estados autónomos de las personas que los rodean. Mis pacientes suelen decirme que comienzan a ver el mundo a través de la lente del sistema

nervioso autónomo. El proceso de mapeo les brinda una forma de usar la teoría polivagal para comprender tanto sus propias acciones como las de los demás.

Son mapas dinámicos que cambian conforme aumenta la regulación vagal ventral. Los pacientes modificarán sus mapas a medida que sigan apareciendo destellos, se resuelvan los desencadenantes y se creen recursos. Una vez introducido, el marco de la posición en la escalera es una herramienta eficaz que se puede usar durante todo el proceso terapéutico. Muchos terapeutas tienen un mapa en blanco disponible durante la sesión. La pregunta "¿Dónde estás en tu escalera?" o "¿Dónde está esa experiencia en tu mapa?" ayuda a los pacientes a anclar sus experiencias. Entre sesiones, los mapas proporcionan la estructura para que continúen practicando la conciencia autónoma y desarrollando habilidades a través de las pequeñas y repetidas experiencias de mapeo que se necesitan para moldear el sistema nervioso de nuevas formas.

SECCIÓN III

RECORRER EL SISTEMA NERVIOSO

Debemos andar el camino nosotros mismos.

~ BUDA

En la Sección III continuamos el proceso de trabar amistad iniciado en la Sección II y se introducen las habilidades para estar presentes. La capacidad de los pacientes para recorrer sus sistemas nerviosos colocándose previamente en el lugar correcto de la escalera autónoma y rastreando luego los cambios de estado (tanto los grandes como los sutiles) a través del tiempo es una base necesaria para realizar las correcciones de rumbo que hacen que el sistema regrese a la regulación vagal ventral.

La conciencia autónoma forma parte de nuestra experiencia del *self*. Craig (2009a) habla sobre un *self* sensible, mientras que Damasio (2005) describe un *self* neuronal. La conciencia corporal (autónoma) es una parte integral de la conciencia del *self* (Mehling et al., 2011) y da forma al sentido de quiénes somos. Una capacidad deteriorada para la conciencia autónoma afecta a nuestro "ser" humano. Con la conciencia autónoma, los pacientes aprenden a escuchar sus historias encarnadas. A través de los procesos de trabar amistad y estar presentes, los pacientes comienzan a mostrar curiosidad en la

exploración de su experiencia diaria observando cómo interactúan o se aíslan, se unen o juzgan, se acercan o se alejan, hablan o permanecen en silencio.

A través de las prácticas presentadas en la Sección III, los pacientes aprenden a estar presentes en su estado autónomo y a experimentarlo como algo separado de su historia psicológica familiar. Los ejercicios están diseñados para ayudarlos a avanzar hacia una comprensión más profunda y para respetar sus respuestas de supervivencia adaptativas a medida que comienzan a replantearse el significado de sus estados autónomos de excitación.

CAPÍTULO 7

CONEXIÓN COMPASIVA

El proceso de trabar amistad lleva a los pacientes a conectar con sus historias autónomas con curiosidad y sin juicios. Este capítulo se basa en los tres mapas de la secuencia de mapeo básica que ayudan a los pacientes a explorar el "arte" de la conciencia autónoma a través de obras artísticas, de la música, del movimiento y de la escritura.

EJERCICIO

MAPAS ARTÍSTICOS

> *Descubrí que con colores y formas podía decir cosas que era incapaz de expresar de otro modo, cosas para las que no tenía palabras.*
>
> ~ GEORGIA O'KEEFFE

La creación artística es una experiencia de integración personal que, al fluir, aumenta la conectividad funcional en el cerebro y las cualidades de resiliencia (Bolwerk, Mack-Andrick, Lang, Dörfler y Maihöfner, 2014). Cuando creamos un mapa artístico autónomo, ponemos en acción el hemisferio derecho y su querencia por las imágenes. Y como el hemisferio derecho está menos influido por la predicción, lo que emerge en un mapa artístico a menudo aporta una nueva conciencia. Por ejemplo, una paciente me dijo que cuando creó su mapa artístico, su espacio vagal ventral se llenó del color de la luz del sol, y se sorprendió al dibujar una pequeña figura expuesta al sol. No se había dado cuenta de que

ella vivía en ese espacio también. Después de haber presenciado una y otra vez el poder de crear mapas artísticos, te sugiero que invites a todos tus pacientes a ilustrar su sistema nervioso autónomo.

Los pacientes no tienen que ser artistas para hacer un mapa artístico autónomo. Solo necesitan los materiales y la voluntad de experimentar: en este caso, papel, elementos con los que dibujar y suficientes señales de seguridad en la habitación y en la relación terapéutica como para provocar un estado vagal ventral de curiosidad. Los niños se sienten atraídos naturalmente por el papel y los rotuladores. Con los adultos, usar papel de dibujo de gran formato y de mayor gramaje evita los recuerdos implícitos que puede evocar el papel de que utilizaban en la infancia; además transmite una valoración del proceso y los invita a tentar los confines de un mundo que muchas veces está constreñido por las dimensiones de un folio estándar.

Los mapas artísticos pueden ilustrar un estado autónomo o los tres estados de la jerarquía autónoma. Crear un solo estado fomenta una conexión íntima con esa experiencia autónoma, mientras que ilustrar la jerarquía permite adquirir conciencia de la relación entre estados. Los mapas artísticos vienen en una variedad de formatos y tamaños (collages en cartulina con fotos de revistas antiguas, dibujos con rotuladores o ceras, pinturas, uso de objetos de la naturaleza) que dependen únicamente de los materiales disponibles y de la creatividad del paciente. Una vez que tu paciente haya decidido el estilo del mapa artístico, anímalo a dejarse guiar por su sistema nervioso autónomo. Crear un mapa artístico es un proceso personal, ya que cada mapa tiene su propia forma, estilo e historia. El proceso y el producto son partes importantes para hacer un mapa artístico. Cuando el mapa de tu paciente esté listo, pídele que te deje entrar en su proceso creativo y que te cuente la historia de su mapa. Los mapas artísticos se pueden crear durante una sesión o entre sesiones para comentarlos después. Muchos pacientes disfrutan buscando materiales y haciendo sus mapas en casa. Los pacientes que pueden sentir un movimiento autónomo hacia la protección cuando piensan en hacer arte mientras los observas suelen encontrar la suficiente seguridad autónoma como para crear su mapa en casa.

EJERCICIO

TRES COSAS: MOSTRAR Y CONTAR

Pide a tu paciente que elija un objeto para representar cada uno de sus tres estados de respuesta autónoma. Puedes usar un kit de caja de arena, una colección de objetos de tu consulta o pedir a tu paciente que traiga tres cosas de su casa. Si es posible, sal de la consulta con tu paciente e id a dar un paseo en busca de las tres cosas. Invítalo a sintonizar con sus respuestas autónomas para elegir qué representa cada estado. Explora el proceso de elección. ¿Qué ha atraído a tu paciente hacia ese objeto? ¿Cómo ha hecho su elección? ¿Qué estado le ha costado más? ¿Y cuál ha sido el más fácil? Pídele que te cuente la historia de cada objeto. Una de mis historias favoritas es la de una paciente que me dijo:

“Para mi objeto vagal dorsal, he elegido este ángel de porcelana al que le falta la cabeza. Tiene que estar por mi casa, pero no la encuentro. Así es como me siento, cercenada, perdida. Sé que el resto de mí está en alguna parte, pero es como si no pudiera encontrarme a mí misma”. Invita a tu paciente a encontrar un objeto pequeño que represente su estado vagal ventral para que lo lleve como recordatorio tangible de que el estado vagal ventral existe y de que sabe (y puede) habitarlo, aunque solo sea en ciertos momentos.

EJERCICIO

TRASLADA TU MAPA A UNA CAJA DE ARENA

La experiencia kinestésica de trabajar en la arena ofrece otra forma de ver y sentir los estados autónomos. Las cajas de arena ofrecen a tus pacientes una forma de visualizar sus patrones de respuesta autónoma a través de objetos y metáforas y, con la ayuda de la historia en la arena, te brindan una oportunidad de acceder al sistema nervioso autónomo de tu paciente. Invitar a un paciente a crear su jerarquía autónoma en la arena es una forma de echar otro vistazo al mapa de perfil personal. Algunos pacientes usan objetos interesantes para dividir su caja en tres partes, mientras que otros dejan que cada estado ocupe el espacio que necesite. Como las cajas de arena brindan una distancia necesaria para que los pacientes conecten con lo que de otra manera podría acarrear un desafío neuronal, se pueden usar en la fase inicial de mapeo para explorar de manera segura la experiencia completa de cada estado. Conforme tu paciente vaya creando cada estado individual en la arena, invítalo a compartir contigo la historia de esa escena.

Las cajas de arena también son una forma valiosa de explorar el mapa de recursos reguladores con objetos que representen la salida de la desregulación simpática o vagal dorsal y el enriquecimiento de un estado vagal ventral. Una vez creada la caja inicial, invita a tu paciente a agregar objetos y a experimentar con los cambios que suceden a medida que introduce diferentes recursos. La construcción de una caja de arena de un estado vagal ventral es una forma poderosa de explorar la experiencia de un sistema nervioso regulado. Haz que tu paciente haga una foto de su mundo de arena vagal ventral. Una foto de su caja le devuelve el recuerdo de su construcción y da vida a la experiencia vagal ventral.

EJERCICIO

ESCRIBIR SOBRE TU RITMO: LA HISTORIA DE UN ESTADO

Para mí, escribir no es otra cosa que pensar a través de los dedos.

~ Isaac Asimov

La escritura se utiliza a menudo como una forma de dar sentido a las cosas. Nos ayuda a organizar experiencias y, a menudo, nos aporta una nueva perspectiva. El acto de escribir es un proceso de múltiples capas que congrega a varias áreas del cerebro mientras que apela a nuestras habilidades visuales, motoras y cognitivas. Si bien la escritura es una experiencia descendente, en estos ejercicios de mapeo tienes que invitar a los pacientes a que "dejen hablar a su estado" y a que recopilen la información para su texto a partir de la conexión con sus vías autónomas. Cuando tu paciente complete un texto, invítalo a que lo comparta contigo y después con otras personas de su red de apoyo social. El hecho de compartir convierte el acto individual de escribir en un acto interactivo de resonancia y reciprocidad.

Escribir sobre un estado

Centrarse en un estado invita a tus pacientes a conocerlo en profundidad. Con estados desregulados, el acto de escribir permite a tu paciente ver el estado desde un rol de narrador. Escribir una reflexión sobre una experiencia de desregulación simpática o vagal dorsal fomenta una revisión segura de esa experiencia. A medida que escribe, tu paciente aporta percepción a la neurocepción y considera qué palabras transmiten con precisión su experiencia autónoma. Escribir una reflexión acerca de un momento de regulación vagal ventral es una manera de que tu paciente pase a saborear la experiencia a propósito. Pídele que ponga los cinco sentidos en lo que escribe, ya que así la historia de su estado de seguridad y conexión cobrará vida y la celebrará con palabras.

Escribir sobre el ciclo de estados

Escribir sobre su ritmo de respuesta hace que los pacientes adquieran conciencia de los patrones habituales. Esta forma de escritura les ayuda a comprender la relación entre estados. Haz que tu paciente preste atención a cómo se mueve entre estados. ¿Se atasca en algún sitio? ¿Cómo sale de ese atasco? ¿Hay un flujo? ¿Cómo se siente en ese flujo?

Aunque no es el método preferido por todos, la palabra escrita aporta claridad a algunos pacientes, que pueden ver patrones autónomos y escuchar la historia de sus estados a través de de la escritura.

EJERCICIO

MAPAS MUSICALES

¿Sabes que nuestra alma está compuesta de armonía?

~ Leonardo Da Vinci

La música nos rodea y nos acompaña a medida que avanzamos en nuestra vida diaria. Sus raíces son antiguas, y existen pruebas de que está presente en todas las culturas conocidas (Schäfer, Sedlmeier, Städtler y Huron, 2013). La música es tanto un modulador como un activador del sistema nervioso autónomo. Las reacciones a la música, como la estimulación de partes del cerebro que procesan las emociones y el efecto en los niveles hormonales, parecen estar profundamente arraigadas en el sistema nervioso (Chanda y Levitin, 2013). La música puede enviar sonidos de seguridad o indicar una llamada a la supervivencia. Los músculos del sistema de compromiso social (cara, cabeza, oído medio) están activos tanto para escuchar como para producir música (Porges, 2010). Autónomamente, se produce una neurocepción de inseguridad en respuesta a frecuencias de tonos agudos y graves, mientras que las frecuencias de la voz humana producen una neurocepción de seguridad (Porges, 2010). La música nos mueve, no solo poniendo nuestros cuerpos en movimiento, sino también provocando cambios de estado autónomo.

En su libro *Cómo escuchar la música,* el compositor estadounidense Aaron Copland describe los planos sensuales y expresivos de la escucha. Desde el plano sensual, escuchamos sin pensar, sin considerar. Copland describe cómo nos sumergimos en el sonido y cómo se puede cambiar la atmósfera de una estancia con una nota (Copland, 2017). A través de nuestra neurocepción asimilamos la música y se activa un estado autónomo. En el plano expresivo, escuchamos el estado de ánimo de la música y la neurocepción se mueve hacia la percepción, a medida que conectamos nuestro propio significado con una canción.

Una paciente, a la que llamo mi "musicóloga", me inspiró a usar listas de reproducción. Me mostró el poder de la música para explorar de manera segura los recuerdos de los estados simpático y vagal dorsal y para abrazar esas experiencias vividas. Me enseñó el poder de la canción para profundizar en la conexión con la regulación vagal ventral. A partir de sus experiencias, comencé a invitar a mis pacientes a crear sus propias listas de reproducción y a compartirlas en las sesiones. También comencé a crear una experiencia de muestreo musical para los pacientes y a explorar con ellos qué selecciones musicales activaban cada uno de sus estados autónomos.

La música está destinada a compartirse y experimentarse con otros. Un enfoque para entender la música sugiere que escucharla con otros tiene el propósito evolutivo de mantener a las personas juntas y

en una relación de cuidado mutuo (Schäfer et al., 2013). La experiencia auditiva compartida es poderosa. Según Levitin (2016), el aumento de la empatía y de la confianza y el vínculo social son los resultados de escuchar música en voz alta. Crear, compartir, escuchar y experimentar listas de reproducción junto a un paciente es una experiencia significativa de reciprocidad.

Una lista de reproducción puede centrarse en el estado vagal ventral con canciones que provocan respuestas a lo largo del continuo de lo seguro y lo social, como la calma, la emoción, la pasión, la compasión, la conexión, el juego, la celebración, la alegría, el descanso y la restauración. Invita a tus pacientes a crear listas de reproducción que aporten diferentes aspectos de la experiencia vagal ventral y a empezar a construir una colección de canciones que invoquen sus experiencias de seguridad y de conexión vagal ventral.

Otra lista de reproducción puede aportar una retrospectiva musical de momentos desregulados durante los cuales el oyente, los instrumentos y las voces se unen en experiencias compartidas. Hay "cada vez más pruebas del efecto 'paradójico' del disfrute de las emociones negativas en la música" (Hall, Schubert y Wilson, 2016, p.11). Tus pacientes pueden sumergirse e incluso saborear el sufrimiento de los momentos simpáticos y vagales dorsales, que de otra manera son demasiado intensos y abruman a su sistema. Cuando la música coincide con su estado de ánimo, la resonancia autónoma hace posible que puedan entrar en contacto con su sufrimiento de manera segura.

Otra lista de reproducción crea la experiencia de moverse a través del ciclo de respuesta al incluir canciones que evocan cada estado. Pide a tus pacientes que elijan canciones para cada estado y que las ordenen intercalando las de seguridad y las de desregulación. La experiencia auditiva aporta un flujo constante de entrada y salida de los estados, lo que valida que el cambio de estado es posible y que la energía vagal ventral es una fuerte influencia reguladora.

Una vez que tus pacientes hayan creado sus listas de reproducción, conectar con su recurso musical es sencillo. La música es portátil y de fácil acceso, por lo que se trata de un recurso de regulación fácilmente disponible. Usar música para regular o reforzar los estados autónomos no requiere mucho esfuerzo. La música es un lugar común en la vida cotidiana, por lo que recurrir a ella por comodidad es una respuesta natural.

EJERCICIO

MOVERTE CON TU MAPA

> *El movimiento nunca miente. Es un barómetro que indica el estado climático del alma a todo aquel que sepa leerlo.*

~ Martha Graham

Estos ejercicios ofrecen a tus pacientes una manera de profundizar en la relación con un solo estado o de explorar intencionadamente su experiencia de la jerarquía autónoma. Son útiles en toda la gama de entornos terapéuticos: individual, de pareja, familiar o grupal. En cada una de las variaciones, se pide a los pacientes que creen un movimiento para representar estados autónomos individuales. La mayoría de ellos descubren que pueden realizar estos ejercicios de forma segura desde una posición sentada moviendo las manos, y algunos se sentirán seguros como para ponerse de pie y mover todo el cuerpo.

Presenta las habilidades de mapeo de movimiento a tus pacientes como una forma de conectar primero con un estado individual y expresarlo en forma de movimiento y luego de experimentar con la transición entre estados enlazando un movimiento con el siguiente. Puedes usar el movimiento para ayudar a tus pacientes a conocer un estado activado, a inducir cambios de estado mediante la creación intencionada de movimientos y a resaltar un estado de seguridad vagal ventral para brindar una experiencia de destello. Los movimientos vagales ventrales suelen estar conformados por gestos con un flujo circular, los movimientos simpáticos a menudo son irregulares y rápidos y los movimientos vagales dorsales son lentos y laboriosos.

Se ha demostrado que reflejar los movimientos aumenta la comprensión somática y emocional entre las personas, mejora la sensación de conexión y aumenta la empatía por la persona cuyos movimientos se están reflejando (McGarry y Russo, 2011), y cuando te unes a tu paciente en sus movimientos, el movimiento se convierte en una experiencia de resonancia autónoma. Los terapeutas a menudo me dicen que cuando reflejan los movimientos de un paciente, entienden las experiencias autónomas de este de una manera nueva. Invita a tu paciente a encontrar el movimiento que representa un estado autónomo y luego refleja su movimiento. Si hay otros participantes en la sesión, haz que se unan. Pregunta a tu paciente qué le parece que tanto tú como los otros participantes os mováis con él. ¿Cuál es tu propia respuesta autónoma? ¿Y la respuesta de los otros participantes? Al trabajar con una pareja, uno de los miembros me dijo que no había entendido la descripción de su pareja de su estado simpático, pero cuando reflejó su movimiento, su sistema nervioso autónomo entendió lo que ella había estado tratando de decir.

Si vas a usar el movimiento como forma de ayudar a tu paciente a experimentar con la transición entre estados, asegúrate antes de que su movimiento vagal ventral sea lo suficientemente fuerte como para generar un regreso a la regulación. Prueba esa fortaleza manipulando la proporción de tiempo pasado en cada estado. Comienza ampliando el tiempo con movimientos vagales ventrales y abreviándolo con movimientos simpáticos y vagales dorsales. Cambia la proporción a medida que tu paciente gane confianza en la capacidad de usar su movimiento vagal ventral. La sensación de confianza en su capacidad para volver a la regulación es una experiencia que debe ser alimentada. El compromiso activo con tu paciente en la experiencia de movimiento es un importante factor de corregulación. Para algunos pacientes, la transición a través de la secuencia de estados es una experiencia poco familiar o incluso desconocida. Están acostumbrados a verse arrastrados a un estado y a no poder encontrar la salida. Tu “ancla” vagal ventral y tus acciones de corregulación aportan seguridad al experimento.

En todos los ejercicios de movimiento con el mapa, haz que tus pacientes sean líderes y seguidores por turnos. Es importante que prueben ambos roles. Liderar implica escuchar internamente y llevar esa conciencia autónoma al movimiento. Seguir llama la atención sobre las formas en que otros sistemas nerviosos representan estados mediante el movimiento. Liderar y seguir crea conciencia sobre ambos lados de la sintonización. Con niños, puedes encuadrar los ejercicios de reflejo como un juego autónomo de seguir al líder.

EJERCICIO

ESCULPIR

> *Cuando frenas lo suficiente como para esculpir, descubres cosas de todo tipo que nunca habías notado antes.*
>
> ~ KAREN JOBE TEMPLETON

Una escultura es una obra de arte que invita a la observación desde múltiples ángulos y perspectivas. Observar la forma humana en una escultura es algo personal y familiar. Esculpir estados autónomos, ya sea en una práctica diádica o con maniquíes, permite a tu paciente dar forma física a un estado interno y explorar con seguridad la historia de sus estados.

La práctica de la escultura diádica se da entre el paciente en el papel de escultor y otra persona que adopta el papel de la escultura. Para esculpir un estado autónomo, pide a tu paciente que elija un estado autónomo con el que trabajar e invítalo a moverse entre la conciencia interna y la acción externa, escuchando el estado y luego esculpiendo, repitiendo el proceso a medida que su escultura tome forma. Mediante el uso del habla o del tacto, tu paciente "moldea" a la otra persona (tú, su pareja, un familiar, otro miembro del grupo) en la forma del estado autónomo elegido. El proceso de esculpir lleva al escultor y a la escultura a un estado autónomo compartido.

La segunda forma de esculpir es usar los maniquíes de madera articulados que se pueden comprar tiendas de manualidades. Los hay de muchos tamaños. El pequeño tiene unas dimensiones adecuadas (unos 14 centímetros) para sujetarlo y darle forma. La sensación táctil del maniquí en las manos invita a una conexión continua entre la experiencia interna y la representación externa. El maniquí más grande (entre 20 y 30 centímetros) es bueno para modelar y mostrar cuando el estado y la historia autónomos son el foco de la sesión. Fuera de las sesiones, los maniquíes ayudan a tus pacientes a seguir prestando atención a los estados autónomos y a ganar confianza en sus habilidades de mapeo autónomo.

Dar forma a un maniquí para que coincida con un estado autónomo requiere la capacidad de detenerse, percibir y crear una postura que se adapte a la sensación. Con un maniquí articulado, tus pacientes pueden jugar con la configuración para explorar estados específicos. Detente en los puntos de activación y de regulación y pide a tu paciente que use su maniquí para "reconocer y representar" su estado autónomo. La práctica de reconocimiento y representación también se puede usar al comienzo de una sesión para orientar el trabajo y al final de la sesión para considerar el estado autónomo de tu paciente y lo que necesita para fomentar su regreso seguro a las actividades diarias. Los maniquíes son una herramienta valiosa para experimentar con las transiciones entre estados. En esta forma cinética de esculpir, tus pacientes pueden modelar y remodelar sus maniquíes para ver y sentir su movimiento entre estados. A menudo el paciente siente que el cambio de la forma de las posturas del maniquí coincide con el cambio de sus propias energías autónomas.

Con parejas y familias, puedes utilizar una práctica de "modelar y compartir". Esta práctica de dos pasos se puede emplear para ilustrar los estados que surgen en la sesión de terapia o como una forma de reflexionar sobre la dinámica autónoma de una experiencia previa que es el foco de la sesión. Invita a cada participante a dar forma a su maniquí y luego colócalos todos juntos. El paso de compartir se lleva a cabo primero a través de la contemplación sin palabras y luego añadiendo voz para contar la historia autónoma.

EJERCICIO

MAPEAR EN EL ESPACIO

Mapear en el espacio brinda a tus pacientes una manera segura de conocer sus estados autónomos entrando y saliendo físicamente de ellos. Este ejercicio alienta a los pacientes a conectar y desconectar de los estados y a adquirir destreza en la transición moviéndose por el espacio de la terapia. Como muchos pacientes son secuestrados por un estado de supervivencia autónomo y se sienten atrapados e incapaces de recuperarse, este ejercicio de mapeo es una forma de experimentar el movimiento y contrarrestar la sensación de estar atascados que muchos de ellos refieren. En esta práctica, junto con los estados comúnmente experimentados de movilización simpática y cierre vagal dorsal, también se explora activamente el estado vagal ventral, que no resulta familiar para muchos pacientes. La sensación de control que identifican como resultado de moverse por el espacio comienza a traducirse en una capacidad de transición entre estados en su vida diaria. La atención activa a estos cambios intencionales comienza a configurar la creencia de que las transiciones son seguras y de que la regulación es posible.

Para comenzar este ejercicio, haz que tu paciente identifique espacios individuales en la sala para cada estado autónomo y comience a moverse entre ellos. Si la estancia es grande, aprovecha toda su amplitud. Si no tienes acceso a un espacio amplio, asigna a cada estado una silla en particular o una

esquina concreta. Distribuye los estados para que la jerarquía autónoma sea evidente. Si el espacio es lo suficientemente grande, usa un diseño lineal; en un espacio más pequeño, utiliza un diseño circular.

Comienza dando a la experiencia una estructura de movimiento en la que se experimenten los espacios simpáticos y vagales dorsales en períodos cortos y usa el espacio vagal ventral para "descansar y regular". Haz que tus pacientes entren y salgan de los estados y se familiaricen así con los cambios de estado, con la relación entre ellos y con la presencia de la seguridad vagal ventral como recurso. Acompáñalos para ofrecerles la experiencia (a menudo nueva) de no estar solos en su estado desregulado. Escuchar las palabras "Estoy caminando contigo" junto con la experiencia de tenerte a su lado mientras se mueven por el mapa puede brindarles una sensación de seguridad y apoyo. Comienza recorriendo la experiencia a través de la resonancia y sin palabras. Luego lleva la experiencia autónoma implícita a la conciencia explícita al narrar la nueva historia.

Exploración individual

Invita a tus pacientes a habitar cada espacio y a narrar la historia del estado. Deja que la historia incluya experiencias somáticas, sentimientos, impulsos de comportamiento, pensamientos y recuerdos. Si la conciencia dual comienza a disminuir y el estado empieza a parecer demasiado grande, añade más energía vagal ventral para que tu paciente regrese al espacio vagal ventral identificado utilizando la mirada para conectarse al espacio vagal ventral o sosteniendo una cuerda o cinta real o imaginaria con un extremo anclado en la seguridad del espacio vagal ventral. Al principio, los pacientes suelen referir la sensación de seguridad que tienen con una cinta real atada al espacio vagal ventral. Sostenerla y sentir la seguridad en esa conexión física les permite caminar en los espacios dorsal y simpático con la suficiente confianza en que pueden volver a la seguridad (la meditación de la navegación autónoma de la página 208 es un buen acompañamiento para este ejercicio).

Exploración interactiva

La corregulación es una experiencia autónoma importante que a los pacientes suele resultarles desconocida o angustiosa. Este ejercicio está diseñado para identificar patrones autónomos, experimentar con recursos reguladores y explorar el proceso de recuperación de estados simpáticos y vagales dorsales. Para comenzar, pide a tu paciente que se mueva por el espacio de cualquiera de los estados desregulados y que lo aborde de forma atenuada, lo suficiente como para nadar en él y no ahogarse.

- **Reconocer:** reconoce el estado autónomo actual de tu paciente. Nómbralo con él y pídele que lo describa.

- **Contactar:** comienza a explorar formas de conectar con tu paciente atendiendo a los comienzos de los cambios de estado. Experimenta con acciones que fomenten la proximidad segura. Sigue con tu paciente la forma en que su sistema nervioso autónomo está experimentando tus diferentes ofertas de conexión. ¿Qué mensaje está enviando la neurocepción en el momento? ¿Cuáles son las señales de seguridad? Experimenta hasta que encuentres el tipo correcto de contacto y en la cantidad adecuada.

- **Resonar:** habita el espacio autónomo con tu paciente. Deja que tu energía vagal ventral le rodee. Descansad juntos.

- **Regular:** ayuda a tu paciente a notar las formas en que tu presencia vagal ventral influye en su estado. Experimenta con acciones de regulación para involucrar a su sistema de compromiso social. Cuando tu paciente perciba el comienzo de la conexión y un movimiento hacia la regulación, comenzad a moveros juntos físicamente por el mapa.

Si el estado vagal ventral no forma parte de la experiencia de tu paciente, experimenta con formas de interrumpir su patrón habitual y añade a su ciclo una experiencia de regulación del estado vagal ventral. Usa tu sistema de compromiso social (voz, mirada, proximidad) para ofrecer un momento de corregulación. Si en el historial de tu paciente no ha habido suficientes oportunidades para ejercer el freno vagal, entonces puede resultar difícil tanto volver a la regulación vagal ventral como mantenerse en ese estado. Sin las experiencias suficientes para que su freno vagal se relaje y se vuelva a conectar, puede que tu paciente consiga regresar a un estado vagal ventral, pero tendrá dificultades para permanecer allí. La falta de familiaridad con este estado acarrea una neurocepción de peligro que luego lo lleva nuevamente a la movilización simpática, lo que crea un patrón de cambio de ida y vuelta entre los estados vagal ventral y simpático. Para comenzar a interrumpir este patrón, llama la atención sobre él, nómbralo, síguelo y juega con el movimiento entre estados quedándote cada vez un poco más en el vagal ventral. Busca el grado adecuado de desafío para extender la experiencia de seguridad vagal ventral de tu paciente mientras acciona su freno vagal.

Otro patrón común es el bucle entre los estados vagal dorsal y simpático. En este patrón, a medida que tu paciente comienza a recuperarse del colapso, el estado movilizado aporta una sensación de peligro. La energía del sistema simpático parece grande, aterradora e incontrolable, lo que desencadena una respuesta de supervivencia autónoma y un retroceso hacia el colapso. Los pacientes necesitan una corregulación activa para encontrar con éxito su camino de regreso a la conexión vagal ventral. Los terapeutas tienen a menudo una sensación de alivio cuando el estado de colapso y la desesperación vagal dorsal de un paciente comienzan a retirarse y la energía vuelve a moverse. Cuando esto sucede, resulta muy tentador pensar: “Mi paciente está bien, ha vuelto a la regulación, así que ya puedo relajarme”. Pero lo cierto es que este es el momento de mantenerse en contacto. Cuando tu paciente comienza a salir de la inmovilización vagal dorsal, la agitación de la energía a menudo acarrea alivio y un sentimiento

correspondiente de miedo. Continúa corregulando y guiando activamente a tu paciente a través de la movilización simpática hacia la seguridad de la regulación vagal ventral.

Familias y grupos

Con familias y grupos, hay varias personas moviéndose por los espacios autónomos identificados y ofreciendo una representación visual de los patrones relacionales. Las reacciones divergentes y las respuestas caóticas se pueden ver y sentir. Usa los momentos de imagen congelada para detener la acción e invita a los participantes a "reconocer y razonar" sus respuestas individuales y luego a expandir la mirada para abarcar el mapa completo. Al ver el sistema en acción, aumenta la conciencia de todos los participantes en él. En un momento de imagen congelada, experimenta con las formas en que los participantes pueden entrar o salir de la conexión. Juega con movimientos alrededor del mapa pidiendo abiertamente a los participantes que se conecten o separen mientras continúan "reconociendo y razonando" el resultado autónomo de sus movimientos.

Puedes identificar a una persona como el ancla vagal ventral y ayudarla a regular el sistema. Tras volver a la regulación, se puede iniciar nuevamente el proceso con una persona diferente como ancla vagal ventral. Con familias y grupos, es útil que pasen por ese rol varias personas.

Parejas

Con las parejas, es importante que cada miembro pase por la experiencia de ser el ancla y de estar anclado, que ofrezca y reciba actos de regulación. Los actos de ofrecer y recibir suelen traer aparejadas sus propias historias integradas de forma autónoma y activan los patrones de respuesta habituales. Ayuda a tus pacientes a pasar de la neurocepción a la percepción y de ahí a la narración desde cada lado de su experiencia.

Aprendizaje del terapeuta

Prueba lo siguiente con un colega o con un grupo de colegas. ¿Cuál es tu respuesta autónoma al sistema nervioso simpático activado o al estado de colapso vagal dorsal? ¿Cómo mantienes la regulación vagal ventral? ¿Cómo estableces contacto y te acercas a un paciente en un estado desregulado? Experimenta encontrándote con tus pacientes en cada estado.

Crear conciencia autónoma a través de experiencias artísticas creativas fomenta la capacidad de los pacientes para escuchar las historias de sus

estados. Hay muchos caminos hacia la concientización, y los pacientes se sentirán atraídos hacia los que aporten señales de seguridad e inviten a avanzar hacia la experiencia. A medida que comienzan a conocer sus estados autónomos, se vuelven cada vez más curiosos y desean saber más. Están listos para explorar y dispuestos a probar nuevas prácticas.

CAPÍTULO 8

CONSCIENTE DE FORMA SEGURA Y CAPAZ DE ESTAR PRESENTE

Prestar atención. Esa es nuestra interminable y verdadera tarea

.

~ MARY OLIVER

Los ejercicios de este capítulo aprovechan la base de las habilidades de trabar amistad de tus pacientes y se centran en la práctica de estar presentes en los estados autónomos. La energía de estar presente consiste en "una atención cercana y cuidadosa" y en "un interés general que conduce a querer saber más" (diccionario *Merriam-Webster*). Así como la amistad es un acto de bondad, estar presente también se basa en un estado vagal ventral de compasión.

EJERCICIO

PERCIBIR Y NOMBRAR: CONVERTIRSE EN UN EXPERTO DETECTOR DE ESTADOS

Cuando percibimos nuestra experiencia autónoma, tenemos la oportunidad de comprometernos activamente con ella, no solo de dejarnos involucrar. El proceso de remodelar la relación con una experiencia de excitación, de apreciar la activación de manera diferente, se denomina reevaluación. Desencadena una secuencia de reincorporación a la experiencia de una forma nueva (Garland, Gaylord y

Park, 2009). La reevaluación positiva puede mejorar la función cardiovascular y reducir la atención a la amenaza (Jamieson, Mendes y Nock, 2012). A través de una lente polivagal, la reevaluación es una forma de aumentar el tono vagal ventral mediante una acción activa de frenado vagal. Cuando nombramos una respuesta y la asignamos a una categoría, podemos cambiar la percepción de esa respuesta. Para los pacientes, la capacidad de clasificar una respuesta en una de las categorías de estado autónomo comienza a desarrollar su habilidad para reconocer estados. Su capacidad para identificar de forma correcta y predecible los estados autónomos es un requisito previo para interrumpir los patrones de respuesta habituales. Como los distintos estados autónomos requieren diferentes respuestas de regulación, la información precisa del estado es importante a la hora de elegir la intervención correcta.

La primera parte de esta práctica, el acto de percibir, requiere que tu paciente sintonice con su sistema nervioso autónomo, que se conecte a su neurocepción del momento presente y que se dirija a ella para llevarla a la conciencia activa. Esta fase aporta percepción a la experiencia autónoma, de manera que tu paciente puede pasar a la fase de nombrar.

La habilidad de percibir y nombrar es difícil e importante. Muchos pacientes viven habitualmente en un estado incorpóreo como respuesta de protección adaptativa, y su capacidad para tolerar la conciencia corporal es limitada. ¿Por qué habitar el cuerpo cuando es una fuente de dolor y contiene recuerdos traumáticos? Sin embargo, si los pacientes están desconectados de la conciencia autónoma, su estado se convierte automáticamente en su historia. Cuando los pacientes pueden identificar de manera predecible su estado autónomo, se reduce su sensación de estar en la oscuridad, atrapados en la confusión. Saber dónde están en su mapa confiere un sentido de organización a sus experiencias. Detenerse para percibir y nombrar interrumpe la automaticidad de la historia antigua de un paciente e inicia el desarrollo de la importante capacidad de separar el estado de la historia.

Los cuatro pasos de la práctica de percibir y nombrar son los siguientes:

- Sintoniza con tus pensamientos, con tus sentimientos y con cómo sientes tu cuerpo.
- Percibe dónde te encuentras en tu mapa autónomo.
- Nombra el estado.
- Aporta curiosidad. ¿Qué se puede aprender de tu sistema nervioso autónomo en este momento?

Sigue con esta práctica hasta que se convierta en algo fácil y automático.

Enséñasela a tus pacientes y luego úsala en las sesiones parando con cierta frecuencia para percibir y nombrar. Anota los pasos y dáselos a tus pacientes para que se los lleven a casa. Anímalos a usar esta habilidad a menudo. Con la repetición, la ubicación en el mapa autónomo se convierte en un hábito.

Nuestra propia habilidad como terapeutas para ubicarnos en nuestros mapas autónomos es tan importante como la capacidad de nuestros pacientes de percibir y nombrar. Si no somos capaces de

conocer nuestro propio estado autónomo, no podemos reconocer los momentos de desregulación, regresar a la regulación ni proporcionar la presencia vagal ventral segura y predecible tan esencial para la relación terapéutica.

EJERCICIO

SEGUIMIENTO DE CUATRO MAPAS

La ficha del seguimiento de cuatro mapas (plantilla en p. 229) se basa en la práctica de percibir y nombrar y ofrece a los pacientes otra forma de desarrollar habilidades para identificar y expresar explícitamente su ubicación autónoma actual. Esta ficha tiene cuatro secciones de mapeo individuales diseñadas para completarse en un período de tiempo determinado. Los pacientes marcan primero su ubicación en la escalera autónoma y luego describen brevemente su estado con palabras o imágenes. A modo de presentación de esta práctica, usa la ficha para hacer un seguimiento del flujo de la sesión: al comienzo, en dos pausas intermedias y otra vez más al final. Una vez que tu paciente esté familiarizado con el proceso, es una buena ficha que usar entre sesiones. Algunos pacientes eligen programar horarios específicos para escuchar, mientras que otros deciden hacer una pausa y realizar un seguimiento cuando sienten una atracción autónoma. Para llamar la atención sobre el camino autónomo de un día concreto, suelo pedir a los pacientes que hagan un mapa a primera hora de la mañana, dos durante el día y otro al final del día.

EJERCICIO

SOPA DEL DÍA

El ejercicio de la sopa del día está diseñado para que los pacientes reflexionen sobre sus experiencias autónomas al final de la jornada. Al crear su "sopa", identifican el tono general del día y reflexionan sobre las experiencias individuales que se entrelazan para crear ese tono. Este ejercicio se basa en la energía vagal ventral de tu paciente para ayudarlo a dar un paso atrás, observar y aportar una reflexión activa a las vías autónomas por las que ha viajado a lo largo del día.

La ficha de la sopa del día (plantilla en p. 233) ayuda a llamar la atención sobre las experiencias de seguridad y conexión, momentos de dominio que pueden perderse entre los momentos de desorden que acompañan a las experiencias de respuestas de supervivencia activadas. El sesgo de negatividad puede

explicar parcialmente esta tendencia a pasar por alto las experiencias vagales ventrales: prestamos más atención a la información y experiencias negativas que a las positivas como un mecanismo de supervivencia adaptativo (Norris, Larsen, Crawford y Cacioppo, 2011).

Imagina que tu tono autónomo es como un cuenco de sopa casera, una sopa del día que cambia constantemente. Los ingredientes aportan una variedad de sabores, y el producto final es único. Nuestro estado autónomo general (la sopa) está condimentado por la influencia de las energías vagal ventral, simpática y vagal dorsal (los ingredientes). Usando la metáfora de la sopa, algunos sabores son intensos (cambios de estado repentinos y extremos), mientras que otros añaden toques más suaves de condimento (el matiz del movimiento dentro de un estado).

Esta ficha es una forma de que tus pacientes escriban la receta de su "sopa del día". Esto se puede hacer de dos maneras: nombrando primero la sopa y buscando luego los ingredientes o identificando los ingredientes primero y viendo después qué sopa crean. Si un paciente tiene una fuerte sensación de tono autónomo, puede comenzar por nombrarla y luego aportar curiosidad a la mezcla de experiencias que han generado ese tono. Otra posibilidad es que el paciente recuerde claramente las experiencias del día y elija nombrarlas y ver cuál es el tono general. En ambos procesos, es importante buscar no solo las experiencias intensas, sino también los eventos de activación más suave. Haz que tus pacientes busquen tanto las experiencias similares que pueden respaldar un aspecto como las experiencias más atípicas que aportan diversas energías. A medida que tus pacientes completen sus recetas de sopa, percibirán las formas en que los momentos de activación vagal ventral, simpática y vagal dorsal crean un tono general único en función de su frecuencia, duración e intensidad. A la larga, involucrarse en este proceso ayuda a los pacientes a crear un hábito de reflexión autónoma y a nombrar la combinación de estados autónomos que se unen para crear su sopa diaria.

LA GUÍA DE RICITOS DE ORO PARA ESTAR PRESENTES

> *Tienes que saber tres cosas para poder vivir mucho tiempo en este mundo: lo que es demasiado para ti, lo que no es suficiente para ti y lo que es lo apropiado para ti.*
>
> ~ PROVERBIO SUAJILI

El efecto o principio de Ricitos de Oro es un término adaptado del clásico cuento de hadas en el que Ricitos de Oro prueba hasta encontrar la sopa, la silla y la cama “apropiadas”. El principio de Ricitos de Oro se refiere al espacio apropiado entre los extremos. Esta regla se aplica a muchas disciplinas. Para los científicos que estudian nuestro planeta, la zona Ricitos de Oro es el área habitable que sustenta la vida (Sumner, 2016). La investigación en el campo del aprendizaje infantil muestra que los bebés buscan situaciones con la cantidad justa de sorpresa o complejidad, incluidas las señales visuales y auditivas (Kidd, Piantadosi y Aslin, 2012, 2014), y los estudiantes adultos prestan atención a las experiencias con el nivel justo de complejidad para desencadenar la cantidad apropiada de excitación (Yerkes y Dodson, 1908).

Al observar los eventos a través de una lente polivagal, todos llevamos incorporado nuestro propio continuo Ricitos de Oro. Nuestros sistemas nerviosos autónomos se mueven entre lo apropiado, lo demasiado y lo insuficiente, tanto en los cambios a gran escala como en los micromovimientos. Lo que en un momento se percibe como apropiado puede parecer demasiado o insuficiente más adelante.

Siguiendo el proceso de prueba y error de Ricitos de Oro, los pacientes pueden rastrear sus respuestas autónomas y buscar experiencias que sean autónomamente apropiadas. Si son demasiado, entran en una angustia simpática. Si son insuficientes, sienten el aislamiento del colapso vagal dorsal. Los terapeutas pueden ayudar a los pacientes a experimentar con acciones que brindan la cantidad justa de desafío neuronal hasta que encuentren su lugar apropiado.

EJERCICIO

GRÁFICO DE RICITOS DE ORO

El gráfico de Ricitos de Oro (plantilla en p. 237) proporciona una manera de llamar la atención sobre los acontecimientos y de rastrear el movimiento a lo largo del continuo de lo apropiado, lo demasiado y lo insuficiente. El gráfico sigue la jerarquía evolutiva de nuestro sistema nervioso autónomo, en el que "lo apropiado" representa el punto más reciente y de inspiración vagal ventral, "lo demasiado" se activa con el desencadenamiento del sistema nervioso simpático y "lo insuficiente" ocupa el lugar del vacío vagal dorsal. Gracias a la simplicidad de la gráfica se puede hacer una comprobación rápida. Los pacientes utilizan el eje horizontal para moverse a través del tiempo y el eje vertical para marcar eventos apropiados, excesivos e insuficientes con pocas palabras. Pueden revisar los eventos en su gráfico completo para buscar experiencias en cada uno de los tres estados de Ricitos de Oro y emplear elementos individuales para identificar las cualidades que activan cada experiencia autónoma.

EJERCICIO

GRÁFICO DE TIEMPO Y TONO

Nuestra experiencia del tiempo puede ser el resultado de la forma en que se procesan las emociones y los estados viscerales en nuestros cuerpos en la corteza insular (Craig, 2009b). Estar presentes en el estado autónomo y en la historia psicológica que lo acompaña durante un período específico de tiempo es una forma de rastrear patrones de respuesta sin perder de vista la identificación de secuencias de conexión y protección.

El gráfico de tiempo y tono (plantilla en p. 241) se parece al de Ricitos de Oro en que ambos usan una estructura gráfica para rastrear los cambios de estado. El eje horizontal también se refiere al tiempo y el vertical representa la jerarquía autónoma. Mientras que el gráfico de Ricitos de Oro se centra en los eventos y las cualidades de cada evento que aportan recursos o desregulación, el de tiempo y tono se centra en los estados de mapeo durante un período de tiempo específico y luego conecta los puntos para crear una representación visual del camino autónomo que se ha recorrido. La imagen puede tener curvas suaves, pendientes pronunciadas o líneas irregulares o aplanadas. Es una representación poderosa de la historia autónoma y proporciona a los pacientes otra manera de sentir la influencia de los cambios de estado autónomo a lo largo del tiempo. El gráfico conecta los momentos individuales en una historia autónoma más amplia que ilustra la forma autónoma de un día. Los pacientes me cuentan que ver sus experiencias juntas reduce la intensidad de los momentos individuales y les da una perspectiva más amplia de la sensación sentida de su jornada.

El gráfico de tiempo y tono ofrece una vista panorámica del movimiento autónomo a través del tiempo. Es un gráfico versátil que se puede utilizar para rastrear cualquier período de tiempo deseado. Se puede usar para rastrear los cambios de estado autónomo durante una sesión de terapia con la imagen final que representa la historia autónoma de la sesión. A modo de proceso de reflexión al final del día, este gráfico proporciona una manera de ver el flujo autónomo general del día. A lo largo de la terapia, esta gráfica seguirá mostrando algunas líneas pronunciadas y también las curvas más suaves que caracterizan una vida más regulada.

LA EXPERIENCIA COMPARATIVA

La comparación es una experiencia universal (Fiske, 2010). Entendemos el mundo haciendo comparaciones. Es una parte habitual de nuestra experiencia diaria. Compararnos con los demás es algo inherente al ser humano; nos conocemos a través de la comparación (Festinger, 1954). Tendemos a subestimar cuánto luchan otras personas con sus emociones negativas y a sobreestimar sus emociones positivas, lo que nos lleva a la sensación de que estamos solos en nuestro sufrimiento (Jordan et al., 2011). La comparación activa los cambios de estado autónomo, y esos cambios traen consigo historias de desconexión o conexión.

A través de una lente autónoma, hay dos vías de respuesta a la experiencia comparativa. Una lleva a los pacientes de vuelta a lo largo de la jerarquía autónoma alejándolos de la seguridad. La otra mantiene un estado vagal ventral y un sistema de compromiso social activo. El lado derecho de la tabla de comparación representa una experiencia vagal ventral activa en la que la neurobiología de tu paciente es compatible con la seguridad y la conexión social. El freno vagal se libera y se vuelve a activar, lo que brinda la capacidad del paciente para la curiosidad, la comunicación y la cooperación. Aquí es donde se da la reciprocidad. Es un camino de conexión.

El lado izquierdo representa la "trampa de la comparación" (DeLong, 2011). Cuando tu paciente transita ese camino, su sistema nervioso autónomo lo conduce a una respuesta de supervivencia adaptativa, ya que se ve inmerso en una comparación descendente o ascendente. En una comparación descendente, los pacientes adoptan una postura competitiva de ser "mejores que los demás". Esta comparación activa el sistema nervioso simpático. En una comparación ascendente, por el contrario, los pacientes consideran que "no están a la altura". Esto inicia una secuencia que puede incluir ira, sentirse injustamente tratado, humillación, impotencia y vergüenza (Fiske, 2010). Al rastrear esta respuesta a través del sistema nervioso autónomo, vemos una

movilización del sistema nervioso simpático que culmina en un colapso vagal dorsal.

La experiencia autónoma de seguridad vagal ventral y de conexión social es de cooperación, el estado simpático es de competencia y el estado de colapso vagal dorsal se produce cuando desaparece cualquier esperanza de competencia o cooperación. Si tu paciente puede aportar percepción al proceso e interrumpir la comparación competitiva, entonces el freno vagal se vuelve a acoplar y regula la respuesta simpática, de manera que puede moverse hacia la vía ventral mediada por el vago. Desde aquí, en el lado derecho de la tabla de comparación, un paciente puede apreciar los beneficios vagales ventrales de la cooperación y la seguridad en la conexión. Si, por el contrario, la experiencia es un desafío neuronal demasiado grande para las capacidades de frenado vagal de un paciente, continuará experimentando la respuesta competitiva. El sistema nervioso simpático mantiene el estado de supervivencia movilizado hasta que ya no es una respuesta viable, momento en el que se desencadena el colapso vagal dorsal.

Comprender que ambos lados del cuadro de comparación son respuestas humanas comunes normaliza las experiencias. Los pacientes se tranquilizan al saber que la experiencia de cooperación o de competición (de incorporar un estado vagal ventral activo o de retroceder a lo largo de la jerarquía autónoma) no es algo necesariamente lineal. En muchos puntos del camino pueden crear actos de interrupción para salir de la desregulación fisiológica, conseguir una regulación vagal ventral y crear una historia de conexión.

Usando la tabla de comparación, pide a tus pacientes que hagan un seguimiento de su estado autónomo, que reconozcan la historia que lo acompaña y que experimenten con los actos de interrupción que activan su freno vagal y los mueven hacia la seguridad y la posibilidad de conexión social. A medida que tus pacientes investigan una experiencia de comparación, las preguntas que hay que considerar son las siguientes:

- ¿Estás en el lado derecho?

- Si es así, ¿cómo profundizas en esa experiencia?

- Si no es así, ¿cuáles son las formas en que puedes volver a activar tu freno vagal?

- ¿En qué puntos funcionan los actos de interrupción? ¿Ya no funcionan?

Al trabajar con los ejercicios de este capítulo, tus pacientes pueden explorar cómo recorren sus vías autónomas personales, primero a medida que aprenden a rastrear estados autónomos y a sintonizar con los cambios de estado de cada momento y luego a través de la perspectiva más amplia de observar los movimientos autónomos a lo largo del tiempo. El paisaje se aprecia tanto en las respuestas momentáneas que crean la sensación de un evento singular como en la vista panorámica que ofrece una visión más amplia de la historia autónoma del *self*.

CAPÍTULO 9

CREAR UN ENTORNO SEGURO

Entre las ortigas del peligro cosechamos la flor de la seguridad.

~ WILLIAM SHAKESPEARE

Como sistema incorporado, el sistema nervioso autónomo utiliza la experiencia física interna para guiar acciones de compromiso, movilización y desconexión. Pero el sistema nervioso autónomo también está influenciado por nuestras relaciones sociales y por nuestro entorno. El campo de la genómica social humana ha comenzado a identificar las formas en que las experiencias subjetivas de los entornos físicos y sociales influyen en la expresión de los genes (Slavich y Cole, 2013). Las experiencias cotidianas se reciben de forma autónoma y se leen a través del proceso de neurocepción como seguras, peligrosas o potencialmente mortales. Esto inicia una respuesta reguladora que activa un estado de supervivencia adaptativo o un compromiso social. Slavich y Cole proponen que, dado que nuestras células están continuamente en un estado de regeneración, "nuestro estado fisiológico en un día cualquiera puede influir en nuestra composición molecular durante semanas y meses en el futuro (2013, p. 3). La neurocepción de seguridad o inseguridad tiene un efecto poderoso en las formas en que sobrevivimos y prosperamos.

VÍAS PASIVAS: LA DANZA QUE SUBYACE A LA CONCIENCIA CONSCIENTE

¿Cómo aprendemos a sintonizar con las vías pasivas de la neurocepción y a utilizar esa información para dar forma a la experiencia de la terapia? Al actuar como un sistema de vigilancia personal, el sistema nervioso autónomo está exquisitamente en sintonía con las condiciones del entorno. Bajo la conciencia consciente, la vía pasiva de la neurocepción se involucra en el monitoreo constante de la relación y el entorno terapéuticos. Dentro de la relación de terapia, estas vías pasivas reciben un flujo continuo de información enviada desde el sistema de compromiso social del terapeuta. Si las señales son de seguridad, el sistema nervioso autónomo de un paciente se calma, se conecta y corregula, fomentando así la participación activa en el proceso terapéutico. Sin embargo, si el terapeuta envía señales autónomas de inseguridad o solo señales intermitentes de seguridad, la neurocepción del paciente, al detectar la necesidad de protección, inicia un alejamiento de la conexión y del compromiso y adopta una respuesta de supervivencia.

Dentro del entorno terapéutico, las vías pasivas de la neurocepción se ajustan a las características del entorno físico. Cuando el entorno provoca una neurocepción de seguridad, la regulación vagal ventral mueve al paciente hacia el compromiso en la relación y el proceso terapéuticos. Cuando el entorno provoca una sensación de peligro o amenaza vital, la neurocepción pone en marcha una respuesta de supervivencia que aleja al paciente de la relación y del proceso terapéuticos.

Si estas vías pasivas no reciben suficientes indicaciones para activar una neurocepción de seguridad, el paciente no puede involucrarse en el proceso de terapia. Su sistema nervioso autónomo está alejado de la conexión y se centra

en la supervivencia. La regulación de las vías pasivas de la neurocepción es el primer paso necesario que hay que dar en el proceso terapéutico.

La capacitación clínica para terapeutas incluye habilidades de aprendizaje para crear seguridad en la relación terapéutica, para entrar en resonancia y sintonía empática y para recorrer con los pacientes sus experiencias traumáticas. Los terapeutas utilizan las energías vagales ventrales y las características del sistema de compromiso social para conectar con los pacientes. Las señales de seguridad provienen de los ojos y de las sonrisas. La prosodia es poderosa. Los gestos ofrecen una invitación a la conexión. La proximidad es un regulador del sistema nervioso autónomo. Estas acciones invitan activamente al sistema nervioso autónomo del paciente a la seguridad y a la corregulación vagal ventral. Por debajo de la conciencia, el sistema nervioso de un paciente recibe las señales, una neurocepción de resultados de seguridad, y se establece y fortalece la relación de terapia.

Sin embargo, la mayoría de los terapeutas no están bien capacitados para atender las formas en que el entorno de sus consultas y de sus espacios clínicos afecta a la sensación de seguridad del paciente. El espacio de la terapia cuenta una historia, la historia de quién es el terapeuta y de cómo ejerce. El "lenguaje del diseño" (Golembiewski, 2017) se puede utilizar para enviar señales de seguridad. ¿Cómo pueden los terapeutas utilizar la conciencia autónoma para construir un entorno de corregulación?

Un entorno acogedor

El entorno físico de la consulta, de la sala de espera, del edificio e incluso del área circundante afectan a la fisiología de tu paciente. Antes de que llegue a tu consulta, su sistema nervioso ha captado señales de seguridad y peligro y ha creado una historia que se corresponde con su experiencia autónoma. Si bien no siempre se puede cambiar el entorno circundante, puedes crear un entorno

interior que cuente una historia de bienvenida. La teoría polivagal describe la sensibilidad del sistema nervioso autónomo a las características de seguridad y señala que encontrar indicios de seguridad fomenta la resiliencia (Porges, 2015a). A través de la atención al entorno de tu consulta, puedes fomentar la resiliencia de un paciente y configurar sus respuestas autónomas hacia la seguridad y la conexión.

También es importante reconocer que, como terapeuta, tu sistema nervioso pasa mucho tiempo inmerso en las señales de seguridad y peligro presentes en el entorno de tu consulta. La investigación en entornos domésticos indica que las características de los espacios afectan a lo que sucede dentro de esos espacios e influyen en los pensamientos y estados de ánimo de las personas que los habitan (Graham, Gosling y Travis, 2015). La consulta es un hogar psicológico y fisiológico para ti durante muchas horas al día. Es importante que el espacio que crees y habites inspire tu propia regulación vagal ventral. Un ambiente de bienestar autónomo es esencial no solo para permitir un espacio que genere señales de seguridad para tus pacientes, sino también como un ingrediente básico en tu propio cuidado personal. Un espacio que ofrece una bienvenida autónoma es un espacio compatible con el difícil trabajo terapéutico, tanto para ti como para tu paciente.

Exploro brevemente las siguientes categorías (sonido, temperatura y naturaleza) para llamar la atención sobre cómo las dimensiones del entorno de un terapeuta podrían estar afectando al trabajo clínico. ¿Qué cambios se pueden realizar para maximizar tu sensación de bienestar y los sentimientos de seguridad y conexión de tus pacientes durante la sesión?

Desde una perspectiva polivagal, entendemos que el sistema nervioso autónomo responde al sonido, ya que hay ciertas frecuencias que activan la seguridad vagal ventral y otras que señalan peligro y un movimiento hacia las respuestas de supervivencia simpática o vagal dorsal. Los sonidos de baja frecuencia aportan una neurocepción de peligro que recuerda a los

depredadores del pasado. El enfoque de tu paciente cambia de la conexión social a acciones de supervivencia. Los sonidos de alta frecuencia hacen que tus pacientes abandonen la conexión y se preocupen a medida que su atención se dirige a la fuente del sonido. Los sonidos impredecibles del exterior de la consulta pueden activar reacciones protectoras. Las máquinas de ruido con su zumbido constante, a menudo necesarias para garantizar la privacidad, pueden aportar activación autónoma. El sonido se ha convertido en un área de interés en el diseño arquitectónico a partir de una investigación que indica la influencia directa de la acústica en la productividad de los ocupantes (Al horr et al., 2016). La comodidad acústica influye directamente en el estado autónomo, y la "productividad del ocupante" en este caso es la capacidad del terapeuta y del paciente para conectar con éxito en el proceso de terapia.

Como el sistema nervioso autónomo es nuestro sistema de termorregulación, lo que los arquitectos denominan "confort térmico" es un elemento importante de la consulta. El sistema nervioso autónomo se ajusta continuamente a los cambios de temperatura en busca de la homeostasis. Fuera de su zona de confort térmico, los terapeutas y los pacientes pueden distraerse del trabajo terapéutico debido a la neurocepción de peligro que acompaña a la sensación de tener demasiado calor o demasiado frío. Y para recalcar aún más la necesidad de un grado adecuado de calor, los sistemas neurobiológicos que regulan el calor físico se comparten con aquellos que regulan el calor social (Inagaki y Eisenberger, 2013; Williams y Bargh, 2008). Por debajo de la conciencia, las experiencias de calidez física y psicológica se influyen mutuamente a medida que viajan por caminos comunes.

Con su concepto de "biofilia", E. O. Wilson describe una afinidad innata y una afiliación emocional con otros seres vivos (citado en Krcmarova, 2009). Su propuesta de que los humanos necesitan estar en contacto con la naturaleza para garantizar un desarrollo saludable está demostrando ser cierta. Un entorno con elementos naturales es reparador, mientras que la falta de

elementos naturales crea discordia, un desajuste que conlleva estrés (Grinde y Patil, 2009). Ya sabemos que ver la naturaleza invita a una respuesta parasimpática. Estar en un entorno natural reduce la respuesta simpática, y la exposición a elementos naturales disminuye el estrés y aumenta el bienestar (Ewert, Klaunig, Wang y Chang, 2016). Los seres humanos tenemos una necesidad de conectar con la naturaleza, y el mero hecho de mirar un entorno natural por la ventana puede beneficiarnos (Kahn, Severson y Ruckert, 2009). Incluso experimentar la naturaleza tecnológica (una pantalla de plasma en una habitación sin ventanas) es preferible a la carencia total de naturaleza (Kahn et al., 2009). Nos decantamos por los paisajes que incluyen elementos de espacios abiertos con árboles, agua, animales, aves y un camino que invita al espectador a viajar a la distancia (Dutton, 2010). La belleza de esta experiencia está presente en todas las culturas (Dutton, 2010); es una experiencia vagal ventral compartida universalmente. La investigación sobre el uso de las escenas naturales para la restauración y la resiliencia muestra que la regulación autónoma vuelve más rápido cuando se observa la naturaleza desde una ventana o incluso cuando se ven escenas proyectadas (Brown, Barton y Gladwell, 2013). Otras investigaciones demuestran que cinco minutos de visualización de una escena natural antes de un factor estresante mejoran la recuperación autónoma (Brown et al., 2013). ¿Las imágenes de la naturaleza en el espacio de la consulta o pararse a disfrutar de la vista desde la ventana de la consulta pueden crear un sistema nervioso más resistente y agregar seguridad a los elementos a menudo difíciles de la terapia?

Debido a las necesidades de supervivencia, es probable que tengamos una preferencia evolutiva y una reverencia por el agua (White et al., 2010). En su libro *Blue Mind* (2014), Nichols y Cousteau explican las formas en que el agua parece reducir el estrés y mejorar el bienestar. Nos decantamos por las escenas con agua y al verlas sentimos un mayor efecto positivo y restaurador que con escenas que no la tienen (White et al., 2010). En particular, puede que

la acústica del agua (escuchar o incluso recordar el sonido de las olas, los ríos y los arroyos en movimiento) también sea restauradora (White et al., 2010). Responder a la necesidad humana de la naturaleza en el entorno terapéutico puede enviar poderosas señales de seguridad.

EJERCICIO

EL CAMINO A LA TERAPIA: CÓMO ENCUENTRA SU CAMINO EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

Heidelise Als, creadora del Programa de Evaluación y Cuidado del Desarrollo Individualizado del Recién Nacido (NIDCAP, por sus siglas en inglés), habla sobre el "camino hacia el bebé": la experiencia de la familia de un bebé prematuro desde el momento en que entran en el hospital hasta que se encuentran con su pequeño en la unidad de cuidados intensivos neonatales. El sistema nervioso autónomo desempeña un papel primordial en la forma en que se experimenta esto. Pensemos del mismo modo en el camino que recorren tus pacientes hasta tu consulta. ¿Cuál es su experiencia autónoma en el camino a la terapia? ¿Qué "oyen" sus sistemas nerviosos autónomos a medida que avanzan desde el mundo cotidiano al espacio sagrado de la terapia?

La mejor manera de que tu paciente explore el camino hacia la terapia es que lo hagáis juntos, rastreando la neurocepción y los cambios de estado asociados a cada momento. Si no es posible, invita a tu paciente a que imagine el camino y describa su experiencia específicamente. Este seguimiento activo le ayudará a identificar las señales individuales de seguridad y peligro a las que se enfrenta y te llevará a una conciencia compartida del efecto en su estado autónomo. Cuando la percepción llega a la neurocepción, tu paciente y tú podéis explorar acciones para influir conscientemente en su estado autónomo. La regulación de estas vías pasivas es una condición previa necesaria para trabajar con las vías activas de la intervención terapéutica.

Durante el ejercicio del camino a la terapia, el objetivo es identificar indicios de seguridad y peligro:

- al llegar al edificio
- al entrar en el edificio
- al entrar en la sala de espera

- al entrar en la consulta
- en la consulta

En cada punto, explora qué podría aumentar las señales de seguridad y disminuir las señales de peligro.

Recuerda a tu paciente que su estado fisiológico se traduce en una historia psicológica. Explora la historia creada por la neurocepción en cada punto del camino. Luego invierte el proceso, ya que las señales de entrada y salida de un paciente pueden diferir.

Muchos pacientes experimentan desregulación autónoma al acercarse a lugares nuevos. Las transiciones de un lugar a otro activan sus respuestas de supervivencia adaptativas. Más allá de la experiencia de llegar a la terapia, las preguntas del ejercicio del camino a la terapia sirven a tus pacientes para rastrear sus señales de seguridad y peligro cuando llegan, entran y salen de otros entornos.

Se trata también de un paseo informativo para ti, ya que puedes hacer un seguimiento de tu propia experiencia neuroceptiva a medida que llegas a tu lugar de trabajo. Responder a la pregunta "¿Cómo entra mi sistema nervioso autónomo en la jornada laboral?" puede llevarte a saborear destellos o a reconocer la angustia. Cuando llegas a tu consulta, ¿las vías pasivas de la neurocepción han creado una disposición vagal ventral, mediada y abierta para reunirte con los pacientes? ¿O las señales de peligro han provocado un movimiento autónomo hacia la protección? Continuando con las preguntas del ejercicio, haz un seguimiento de tu neurocepción en tu consulta y al marcharte. Al final de la jornada, la proporción entre señales de seguridad y señales de peligro define un sistema nervioso autónomo que se nutre o se drena.

EJERCICIO

HOJAS DE SEÑALES

Tanto el reconocimiento como la resolución de señales de peligro, así como la identificación e invitación a las señales de seguridad, son esenciales para pasar al estado vagal ventral de seguridad y conexión que crea la disposición fisiológica para involucrarse en la terapia. Para "iluminar" el circuito de seguridad, deben atenuarse las señales de peligro y tus pacientes deben encontrar activamente señales de seguridad.

Este ejercicio ayuda a tus pacientes a deconstruir una interacción, a identificar las formas en que sus estados autónomos fomentan o restringen los comportamientos y a considerar posibilidades de involucrarse de manera diferente en el futuro. Las hojas de señales (plantilla en p. 245) ofrecen una

manera de usar una experiencia específica para rastrear las rutas pasivas, para aumentar la conciencia de las señales de peligro y las señales de seguridad y para explorar formas de disminuir las señales de peligro y de utilizar las señales de seguridad. Cada hoja incluye un espacio para escribir una breve descripción de un incidente, otro para identificar las señales de peligro y seguridad y otro más para explorar oportunidades de resolución y regulación. Comienza completando la ficha en la sesión con un paciente. Cuando se haya familiarizado con el proceso, puede hacer un seguimiento de un evento entre sesiones y traer su hoja de señales completada para revisarla.

En la primera sección, el paciente describe brevemente una experiencia, prestando atención tanto a los eventos concretos como a sus respuestas autónomas. Las siguientes secciones se centran en las señales de peligro y seguridad, analizando cada una de ellas a través del entorno, el cuerpo y los elementos del sistema de compromiso social. Al completarlas, los pacientes suelen descubrir que las señales de seguridad ya estaban presentes, pero su estado de protección autónomo les impedía darse cuenta. Las últimas secciones invitan a la curiosidad sobre las formas de involucrarse de manera diferente en el futuro. Estas secciones finales alientan a los pacientes a experimentar con la configuración de la siguiente interacción a través de la manipulación de señales del entorno, de señales incorporadas y del sistema de compromiso social.

En el diseño de cualquier edificio, los cimientos son el elemento más importante. Son la base sobre la que descansa la estructura. Para los humanos, la seguridad es la base. Cuando el sistema nervioso autónomo percibe la seguridad, las bases son profundas y seguras; cuando el sistema percibe el peligro, el suelo parece inestable. Con los sistemas nerviosos tonificados a través de la experiencia, nuestros pacientes supervivientes del trauma son sensibles al temblor más sutil. La terapia es un proceso de construcción de la nueva y profunda base de seguridad de respaldo autónomo, a través de estar presente en las señales del entorno, del cuerpo y de las relaciones.

SECCIÓN III RESUMEN

Por descontado, nuestros patrones habituales están bien establecidos, son seductores y resultan reconfortantes.

~ PEMA CHÖDRÖN

En su rol de sistema de vigilancia personal, el sistema nervioso autónomo atiende a los mensajes que llegan del interior del cuerpo mientras rastrea los elementos del entorno. Con una gama completa de respuestas organizadas a través de la evolución de la jerarquía autónoma, el sistema nervioso autónomo es nuestro guardaespaldas integrado que busca peligros y oportunidades de conexión. Bajo el nivel de conciencia consciente, este sistema dirige el movimiento que nos acerca y nos aleja de las personas, de los lugares y de las experiencias.

Las habilidades de esta sección construyen la capacidad de los pacientes para la conciencia y el seguimiento autónomos. Aprenden a observar el flujo de sus estados autónomos. Comienzan a reconocer cómo su estado fisiológico crea una historia psicológica y empiezan a sentir el estado y la historia como experiencias separadas. Las múltiples habilidades que se presentan en esta sección ofrecen técnicas de seguimiento ligeramente diferentes para ayudar a tus pacientes a desarrollar una práctica regular de estar presentes. Con los hábitos rutinarios de trabar amistad y de estar presentes, los pacientes tienen acceso a una gran cantidad de información autónoma.

Las habilidades para trabar amistad y estar presentes hacen que los pacientes reconozcan el flujo continuo de estados autónomos. Trabar amistad con el sistema nervioso requiere autocompasión, lo que a menudo supone un reto para los pacientes. La autocrítica suele ser la respuesta habitual. A medida que los pacientes aprenden que su sistema funciona de acuerdo con las mismas acciones de supervivencia comunes a todos los humanos, comienzan a hacer hueco para la autocompasión. Una paciente me dijo que siempre había creído que estaba averiada, pero enterarse de que su sistema nervioso

autónomo responde a las experiencias de formas universales la está ayudando a sentirse menos crítica con ella misma.

Estar presentes en los estados autónomos requiere una conciencia del momento presente, lo que también supone un desafío para los pacientes. Cuando las relaciones no se han corregulado de manera segura y las experiencias no han desembocado en un estado vagal ventral, crecimiento y restauración, las respuestas de supervivencia adaptativas de los pacientes los sacan de la conciencia presente y los llevan a una sensación de peligro acompañada de una necesidad insistente de predecir lo que sucederá a continuación o a una sensación de amenaza vital y a la necesidad de no existir en este momento. Es posible que experimenten un patrón de alarma o de reacción exagerada o un patrón aletargado, carente de reacción, y estos patrones pueden vincularse de una manera a eventos del entorno y de otra manera a incidentes relacionales. Al atender a sus respuestas autónomas, una de mis pacientes descubrió que no le había afectado que cayera un árbol en la puerta de su casa, pero que había colapsado cuando su amiga le canceló una cita. Comprometerse con las habilidades de trabar amistad y de estar presentes no solo sienta las bases para la siguiente fase de regulación activa, sino que también comienza a influir en las acciones del sistema nervioso.

Las Secciones II y III crean una base para que los pacientes reconozcan las acciones de su sistema nervioso autónomo a cada momento. Con estas habilidades implementadas, la terapia puede pasar a la regulación autónoma y a la remodelación. Al usar una comprensión del sistema nervioso autónomo humano y la capacidad de rastrear su “vida en la escalera”, los pacientes están listos para involucrarse directamente con sus patrones habituales de respuesta y comenzar a reescribir sus historias autónomas.

SECCIÓN IV

MOLDEAR EL SISTEMA NERVIOSO

Un día finalmente supiste lo que tenías que hacer, y empezaste a hacerlo.

~ MARY OLIVER

El sistema nervioso autónomo está en la esencia de nuestra experiencia vivida. Cuando decimos que algo supone un shock para nuestro sistema o que nos conmueve una experiencia, nos referimos de hecho a nuestra respuesta autónoma. Nos miramos cara a cara, somos todo oídos, encaramos un problema, empezamos con buen pie o ponemos el dedo en la llaga. Nos jugamos el cuello y animamos a nuestros amigos a que vayan con la cabeza bien alta. Se nos hiela la sangre o echamos chispas. Estas figuras discursivas describen nuestras experiencias autónomas.

Nuestros sistemas nerviosos autónomos están moldeados por los acontecimientos. Tanto las experiencias de abandono como las enriquecedoras afectan al tono autónomo. El momento en que nos movemos entre los estados, el punto en el que se da un cambio de la conexión a la protección, se ve afectado por variables individuales y del entorno (Williamson, Porges, Lamb y Porges, 2015). Nuestros perfiles autónomos se sitúan en un continuo que va de sensible y rígido a resiliente y flexible. Por un lado, el sistema nervioso está perfectamente sintonizado con el peligro, y el impulso de sobrevivir activa los patrones persistentes de protección. El tono vagal bajo conduce a la

hipervigilancia, a respuestas de sobresalto más intensas, a la interpretación de señales neutrales como peligrosas y a una falta de reconocimiento de señales de seguridad (Park y Thayer, 2014). En el otro extremo, la necesidad es conectar de forma segura y estar en relación, lo que conduce a patrones de conexión social y a transiciones flexibles en respuesta a las demandas del momento presente. Y a lo largo de los puntos intermedios entre los dos extremos del continuo autónomo hay lugares sutiles que se inclinan más hacia la protección o hacia la conexión.

Los patrones de respuesta autónoma crean factores de riesgo y resiliencia. El tono vagal regula nuestras respuestas a las emociones positivas y a los factores estresantes y afecta nuestra capacidad de conexión social (Kogan et al., 2014), y un tono vagal superior se relaciona con las respuestas adaptativas a las demandas del entorno (Park y Thayer, 2014). La noticia reconfortante es que la flexibilidad autónoma puede configurarse con el tiempo.

CAPÍTULO 10

EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO COMO SISTEMA RELACIONAL

Hay una palabra que puede guiar tu vida: reciprocidad.

~ PEARL S. BUCK

El sistema nervioso autónomo es un sistema relacional que se tonifica en la experiencia con los demás. Al nacer, los bebés con un desarrollo normal muestran una capacidad para la reciprocidad (la interacción diádica necesaria para alcanzar objetivos compartidos) y un impulso para conseguirla (Apicella et al., 2013). A lo largo de nuestra existencia, dependemos de las conexiones con los demás para dar sentido a nuestras vidas (Stillman et al., 2009).

El sistema nervioso autónomo crea una plataforma de seguridad para atender estas conexiones necesarias. Para hacerlo, un sistema nervioso entra en comunicación de ida y vuelta con otro sistema nervioso, lo que crea un circuito de retroalimentación. Si las señales transmitidas son de seguridad, la reciprocidad y la resonancia conducen a la conexión. Si las señales enviadas de un sistema a otro son de peligro, el resultado es una desregulación y una protección a través de la desconexión. A medida que los sistemas nerviosos individuales conectan o chocan, se produce la reciprocidad o la ruptura.

Los momentos involuntarios de desconexión se dan cuando se rompen las expectativas neuronales (Porges, 2018). Ya se trate de micromomentos que se

registran como una señal en la pantalla de un radar o de prolongados tramos de desconexión, la experiencia de la insolencia biológica es desconcertante desde el punto de vista autónomo. Cuando comenzamos a percibir estos momentos, descubrimos que son eventos rutinarios: mirar el móvil, apartar la vista o distraerse con un pensamiento interno momentáneo. Aunque su objetivo no es interrumpir la conexión, la consecuencia involuntaria es una experiencia de ruptura. Hay una experiencia diferente de ruptura que se deriva de la falta de armonía emocional y de la pérdida de la corregulación. Al igual que en los momentos de insolencia biológica, el desajuste comienza cuando el cambio de estado autónomo de una persona provoca un cambio análogo en la otra persona. Existe una respuesta autónoma a las señales repentinas e inesperadas de peligro o a la pérdida de señales autónomas de seguridad del sistema de compromiso social. A diferencia de la insolencia biológica, que puede ser una experiencia de neurocepción que no llega a la percepción completa, esta pérdida de reciprocidad trae consigo una poderosa historia psicológica y se percibe más explícitamente en los extremos provocador y receptor de la experiencia.

Existe un flujo natural y continuo de ruptura y reparación en las relaciones. Tronick (1989) señalaba que en las relaciones saludables entre cuidadores y niños, la coordinación mutua se da aproximadamente el 30% del tiempo, y el resto está lleno de rupturas y reparaciones activas. Si lo extendemos a las relaciones adultas, es razonable considerar que los momentos de insolencia biológica y de falta de armonía emocional ocurren frecuentemente con la familia, los amigos y los colegas. El objetivo no es evitar estas experiencias normales, sino crear el hábito de rastrear las rupturas y proceder a las reparaciones. La reconexión después de una ruptura es incómoda a veces, y a menudo dolorosa, y es una práctica con la que tenemos que ser hábiles porque el resultado final es un retorno a la dulzura de la conexión.

Podemos pasar rápidamente de experimentar una ruptura autónoma a una historia de autocrítica o juicio acerca de los demás. Si no hay una base de reciprocidad, un lenguaje autónomo compartido y confianza en la disposición y la capacidad de la otra persona para ser responsable de sus propias respuestas autónomas, las señales de peligro son abrumadoras y las rupturas no se reparan. El resultado es la reactividad en lugar de la reflexión, lo que conduce a patrones habituales de respuesta de protección. La reciprocidad es un ejercicio neuronal que requiere un toma y daca relacional que implica liberar el freno vagal y volver a accionarlo. La energía de la reciprocidad consiste en enviar cuidados de un lado a otro, en la intimidad compartida, en el equilibrio del intercambio relacional. La reciprocidad no es sinónimo de igualdad, pero tampoco es una experiencia mayor o menor que fluye siempre en la misma dirección. Es preciso encontrar un equilibrio en la ecuación de reciprocidad para satisfacer nuestras necesidades biológicas de conexión. Sufrimos cuando no podemos llegar a un acuerdo intermedio con las personas que nos importan. La sensación de salir de la reciprocidad y caer en la ruptura acarrea una neurocepción de peligro. A menudo esta experiencia se describe en su forma más simple como la sensación de pasar de un amigo a un extraño. La reparación aporta un retorno a la seguridad de la amistad.

LAS HABILIDADES DE REPARACIÓN

¿Cómo pueden ayudar los terapeutas a sus pacientes a desarrollar la capacidad de reciprocidad y reparación? Una de las formas es experimentar dentro de la relación terapéutica. Los momentos de insolencia biológica y de desajuste emocional se dan incluso en las relaciones terapéuticas en las que existe mayor sintonía, y la investigación sigue demostrando que las rupturas entre

terapeutas y pacientes son acontecimientos comunes (Muran y Safran, 2016; Safran, Muran, Samstag y Stevens, 2001). Muran y Safran (2016) describen dos tipos de ruptura: retirada y confrontación. Autónomamente, esto se traduce en la activación de los sistemas vagal dorsal (retirada) y simpático (confrontación). Cuando se produzca una ruptura en la relación terapéutica, localiza el momento en que el trabajo se convirtió en un desafío autónomo demasiado grande, asígnale un nombre para tu paciente y asume la responsabilidad por el desajuste. Aquí tienes un ejemplo de esta práctica en mi trabajo con un paciente: "Vamos a parar un momento. Me he dado cuenta de que te he pedido que profundizaras demasiado rápido, y tu sistema de protección ha hecho exactamente lo que se supone que debe hacer: alejarte de la conexión conmigo. Lo siento. Déjame que vuelva a intentarlo, a ver si te parece más seguro".

Cuando las rupturas se reparan pueden ser un catalizador para el cambio, y cuando no se reparan, afectan negativamente a la alianza terapéutica, lo que a menudo hace que los pacientes abandonen el tratamiento (Safran et al., 2001). Los supervivientes de traumas suelen tener un abultado historial de rupturas relacionales, mientras que las experiencias de reparación son poco comunes y desconocidas para ellos. Los pequeños y habituales momentos de ruptura en la alianza terapéutica son oportunidades para ofrecer a los pacientes una experiencia desconcertante: una experiencia de reparación. La ruptura que se produce cuando un terapeuta da un paso en falso significativo sacude la alianza terapéutica y, a menudo, exige repetidos intentos de reparación. Los terapeutas deben dedicarse a permanecer en el proceso de reparación hasta que se complete y ser persistentes con esta pregunta: "¿Qué necesita el sistema nervioso de mi paciente para volver a la seguridad y a la confianza?".

La relación terapeuta-paciente es un buen laboratorio para explorar las reparaciones. Una base para experimentar con seguridad la ruptura y la reparación incluye lo siguiente:

Momentos de reciprocidad. La alianza terapéutica se basa en la presencia, resonancia y reciprocidad del terapeuta. Este proceso de mediación ventral-vagal ofrece muchos momentos de reciprocidad, y se puede animar a los pacientes a que los perciban. Para muchos, el sentimiento de reciprocidad es desconocido, inesperado e impredecible. La relación terapéutica es un terreno de pruebas perfecto, ya que uno de los frutos de la presencia terapéutica es que los pacientes experimenten una neurocepción relacional de seguridad y un surgimiento de la reciprocidad (Geller y Porges, 2014). Una vez que se ha establecido la capacidad de atender y confiar en los momentos de reciprocidad, se puede ayudar a los pacientes a notar la interrupción de la reciprocidad, la experiencia de la ruptura.

Lenguaje autónomo compartido. Al trabajar desde una perspectiva polivagal, los terapeutas y los pacientes comparten un lenguaje autónomo. Los pacientes aprenden primero a concentrarse en la información transmitida desde su sistema nervioso autónomo y luego a hablar de sus experiencias de conexión y desconexión.

Confianza en la voluntad y en la capacidad de ser responsable de los estados autónomos. A través de las acciones de un terapeuta y del uso de las habilidades de percibir y nombrar, se demuestra un compromiso con la responsabilidad y la regulación autónomas. Con el tiempo, las creencias de un paciente cambian a medida que se conectan con las nuevas expectativas neuronales de que su terapeuta es predeciblemente recíproco y de que las rupturas son comunes, pueden ser pequeñas y no suponer una amenaza vital y, lo más importante, puede repararse.

Una vez que los pacientes se sienten competentes en estas habilidades de reparación, pueden buscar momentos seguros para expandir sus experimentos fuera de la terapia en sus relaciones personales. Es importante que identifiquen las relaciones a lo largo de un continuo entre la facilidad y el reto y que comiencen aplicando este proceso a sus relaciones en el extremo fácil de ese continuo. Las relaciones que tienen muchos momentos recíprocos identificables suelen soportar el nombramiento de rupturas y fomentan la reparación.

EJERCICIO

EL PROCESO DE RECIPROCIDAD, RUPTURA Y REPARACIÓN

El proceso de reciprocidad, ruptura y reparación está diseñado como una forma de rastrear la reciprocidad y construir un hábito de reparación. En este proceso, los pacientes aprenden a deconstruir un incidente, a entenderlo de forma autónoma y a usar su sistema nervioso para guiar la reparación. Involucrarse repetidamente con esta habilidad crea el hábito de rastrear la conexión autónoma, de atender a la desconexión y de practicar la reparación. El terapeuta ayuda activamente a su paciente a rastrear los momentos de ruptura y juntos exploran formas de crear la reparación.

- **Hacer un seguimiento de la reciprocidad:** depende de la capacidad de estar en sintonía con la relación y de reconocer los cambios a cada momento. A medida que los pacientes aprenden a usar los cambios de estado autónomo para rastrear la reciprocidad, algunas de las preguntas que explorar son: ¿Cómo envía tu estado autónomo el mensaje de que nos hemos salido de la reciprocidad? ¿Cuál es el cambio de estado autónomo? ¿Hay una diferencia autónoma entre cuando creas la ruptura y cuando la recibes?

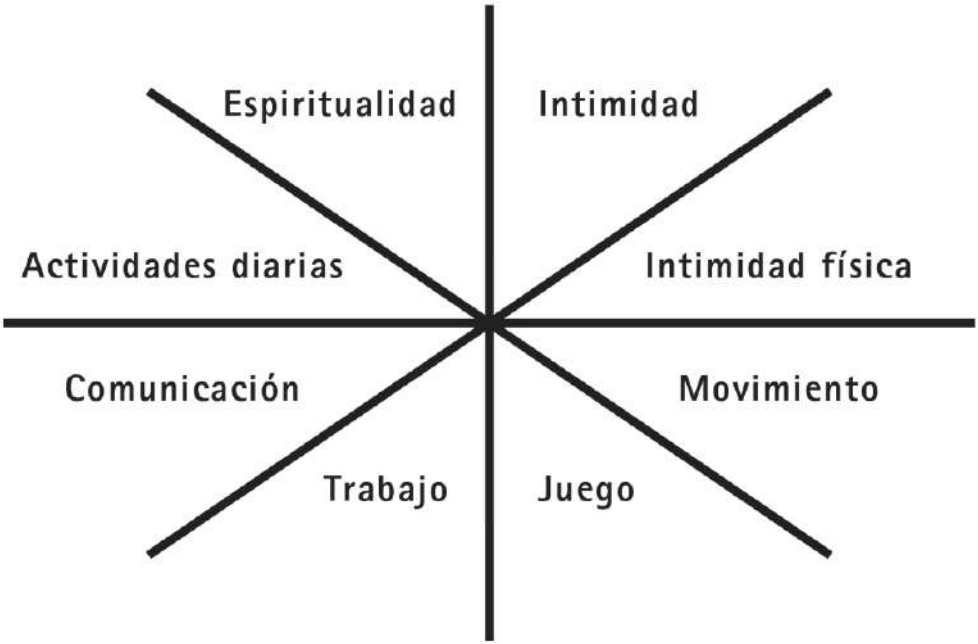
- **Percibir y nombrar la ruptura:** una vez que se ha reconocido una ruptura, el siguiente paso es ayudar a tu paciente a percibir y nombrar la experiencia explícitamente. En las experiencias cotidianas, las rupturas suelen descartarse o desestimarse. Si no se reconocen y carecen de nombre, no se pueden reparar. En este paso, el reconocimiento y la denominación se realizan a través del lenguaje del sistema nervioso autónomo. En lugar de hablar sobre la historia de la ruptura, crear un significado y asignar la culpa, las rupturas se describen a través de cambios en

el estado autónomo y en las respuestas protectoras (“He notado un cambio hacia la desconexión”), de la identificación de indicios de peligro (“He notado una alarma simpática en respuesta a tu voz”) y de patrones de respuesta habituales (“Cuando te has alejado un poco de mí, me he sentido movilizándome para luchar y luego colapsando rápidamente”).

- **Encontrar la reparación correcta:** el requisito de reparación es un retorno a la seguridad y a la corregulación vagal ventral. Para realizar con éxito una reparación, tómate tu tiempo para explorar cuáles son las necesidades autónomas de tu paciente para sentirse completamente reparado y reconectado. A menudo hacen falta unos cuantos intentos para dar con las palabras reguladoras, las que reparan el llanto. Cuando hay un retorno de reciprocidad, la reparación se ha completado.

- **Volver a conectar:** el último paso del proceso es realizar un retorno intencional y de nombre explícito a la conexión relacional. Identifica los pasos del proceso y celebra el resultado. Siente el retorno autónomo a un estado vagal ventral y la actividad del sistema de compromiso social. Tomarse tiempo para saborear la experiencia de resolución y volver a la conexión comienza a crear una expectativa autónoma de desenvolverse de forma segura en futuras rupturas.

Hasta los momentos de desajuste más pequeños se registrarán de forma autónoma y, si no se reconocen y reparan, se acumularán en una experiencia de desconexión más consecuente. Con una experiencia de reparación satisfactoria, los pacientes comienzan a ganar confianza en sus habilidades para realizar reparaciones. El éxito de las experiencias de reparación invita a un compromiso para construir un hábito de reparación.



PATRONES Y TEMPO

No hay menos armonía en la diferencia de la que hay en la semejanza.

~ MARGARET FULLER

El hecho de observar los patrones autónomos y el tempo aclara las áreas de alineamiento y de su ausencia en las relaciones, pero no a través de la narrativa, sino a través de la lente del sistema nervioso autónomo. Es una relación poco común que coincide en todas las áreas, lo que suscita una pregunta: ¿Hay suficientes patrones de conexión para sentirse satisfecho, y los tempos aportan una sensación de reciprocidad e intimidad autónoma?

Los patrones de conexión se pueden rastrear dentro de las ocho amplias categorías de actividades diarias, comunicación, trabajo, juego, movimiento, intimidad física, intimidad y espiritualidad. ¿Se dan conexiones? Y si es así, ¿con qué frecuencia? ¿Hay una iniciación compartida de las acciones o hay una persona que siempre extiende la invitación?

Dentro de cada conexión hay un tempo. Cuando el tempo aporta una sensación de reunión vagal ventral, ambas personas en la relación se nutren. El tempo también puede brindar una sensación de falta autónoma, la experiencia de dos barcos que se cruzan en la noche: convivencia sin conexión. En esta experiencia de estar desincronizados autónomamente, sufrimos.

Algunas de las preguntas que hay que considerar cuando se observa la reciprocidad y la intimidad autónoma son: ¿Dónde están los tempos de los recursos? ¿Hay una falta de armonía que se pueda ajustar? ¿Se pueden aceptar las áreas de desequilibrio de manera que la relación todavía se perciba en sintonía y en resonancia? ¿Hay suficientes momentos de encuentro autónomo como para mantener la conexión vagal ventral en general? ¿Los tempos son tan diferentes que la reciprocidad es inalcanzable?

Usa el siguiente ejercicio (plantilla en p. 253) para ayudar a tus pacientes a explorar sus experiencias autónomas de una relación.

EJERCICIO

EXPLORAR LOS PATRONES Y EL TEMPO

- Elige una relación en la que centrarte. A través de este proceso se puede explorar cualquier relación (parejas, amigos, familiares, compañeros de trabajo).

- Desplázate por las ocho categorías amplias e identifica un patrón general de conexión o desconexión para cada una de ellas.

- Revisa las áreas de desconexión. ¿Aportas energía vagal ventral o estás en un estado de protección? ¿Hay suficientes señales de seguridad como para hablar sobre tu sensación de desconexión autónoma? Si no es así, ¿hay una manera de resolver las señales de peligro que evitan que esto suceda?

- Regresa a las áreas de conexión y presta atención al tempo dentro del patrón. ¿En qué lugar del continuo entre el drenaje y el llenado colocas el tempo? ¿Es un tempo predecible o cambia? A medida que diriges tu atención al ritmo, ¿qué información te envía tu sistema nervioso autónomo?

- Retrocede un paso y considera la totalidad de lo que has identificado. ¿Hay suficiente reciprocidad general en esta relación como para que sigas haciendo que funcione? ¿Hay lugares de falta de alineamiento que no son abrumadores para tu estado vagal ventral, lo que te permite aceptar el desajuste? ¿Hay lugares que brinden una respuesta de supervivencia adaptativa y que deban resolverse para que la relación se perciba como sostenible? Con la historia autónoma en mente, ¿cuáles son tus próximos pasos?

Ejemplo de pareja

Actividades diarias. Tenemos un plan general de "designación de funciones". Funciona bien.

Comunicación. Podemos tener conversaciones profundas, divertidas y sobre el plan diario. Sin embargo, no hablamos al mismo ritmo, y tengo que acordarme de ir más despacio.

Trabajo. Nuestros horarios de trabajo no coinciden, así que solo compartimos un patrón en los días libres.

Juego. Nos divertimos juntos; a ambos nos gusta mucho jugar, aunque a menudo a diferentes tipos de juego.

Movimiento. Tendemos a movernos a diferentes velocidades y estamos aprendiendo a tratar de encontrar un término medio.

Intimidad física. Iniciación unilateral, no siempre satisfactoria.

Intimidad. Es una experiencia intermitente y constante porque compartir sentimientos profundos todavía nos resulta muy vulnerable y no siempre seguro.

Espiritualidad. Nos parecemos en nuestras creencias no religiosas basadas en la naturaleza, pero él necesita más conexión con ellas que yo. Yo voy si él me lo pide, pero no lo sugiero.

Las conexiones humanas, que son necesarias para la supervivencia, suponen también un reto, y los momentos de desorden en las relaciones son comunes. En la alianza terapéutica, los terapeutas y los pacientes cultivan juntos la conciencia y dan forma al hábito de estar presentes en estos momentos. Explorar la conexión a través de la lente de una "bondad autónoma de ajuste" llama la atención sobre las formas en que los estados autónomos inician la ruptura e invitan a la reparación. Al practicar primero en la seguridad de la sesión de terapia y luego en las relaciones cotidianas, tus pacientes se vuelven hábiles con los desafíos de surcar el flujo y reflujo de la conexión.

CAPÍTULO 11

TONIFICAR EL SISTEMA CON RESPIRACIÓN Y SONIDO

Hay una forma de respirar que conlleva vergüenza y asfixia, y hay otra forma, una respiración de amor, con la que puedes abrirte infinitamente.

~ RUMI

Ya en el siglo XIII, Rumi conocía el poder de la respiración. Y con el desarrollo de la teoría polivagal, Porges nos recuerda ese poder. La respiración es un camino directo al sistema nervioso autónomo. La frecuencia respiratoria promedio para adultos es de 12 a 18 respiraciones por minuto (Mason et al., 2013). Con 18 respiraciones por minuto, un adulto realiza 25.902 respiraciones al día, 9.460.800 respiraciones al año y, a la edad de 80 años, habrá respirado alrededor de 756.864.000 en su vida. Y en cada una de esas respiraciones hay una oportunidad de configurar el sistema nervioso hacia la seguridad y la conexión.

CAMBIAR EL RITMO DE LA RESPIRACIÓN

El sistema nervioso autónomo regula nuestra respiración en respuesta a las necesidades metabólicas de cada momento. Lo podemos ver en acción con una respiración temerosa y con un suspiro de alivio. La respiración es

automática; respiramos sin pensar. También podemos respirar con intención, cambiando así el tono del sistema nervioso autónomo. Con solo prestar atención a la respiración, la frecuencia respiratoria suele disminuir y la respiración se vuelve más profunda. La acción de colocarnos las manos en el pecho, el vientre o las costillas nos aporta un recordatorio físico del ciclo de la respiración y a menudo cambia su frecuencia y su ritmo. ¿Qué sucede cuando tomamos medidas para manipular conscientemente el ritmo de la respiración? Al alterar el tipo, la frecuencia y la proporción de la respiración, conectamos con las vías vagales que influyen en los latidos del corazón y en los mensajes enviados al cerebro.

"Respirar es un comportamiento voluntario eficiente y accesible para reducir y aumentar sistemáticamente la influencia del vago en el corazón" (Porges, 2017b, p. 13). La regulación voluntaria de las prácticas de respiración influye en los estados psicológicos y, a menudo, mejora los síntomas de ansiedad, depresión y respuesta postraumática (Gerbarg y Brown, 2016; Jerath, Crawford, Barnes y Harden, 2015). En general, la respiración ralentizada, la exhalación prolongada y la respiración con resistencia aumentan la actividad parasimpática. La combinación de la inhalación y la exhalación mantiene el equilibrio autónomo, mientras que la respiración rápida, la irregular y la inhalación o exhalación agudas aumentan la actividad simpática.

Pasar de la respiración típica a la respiración lenta (5-7 respiraciones por minuto) crea un cambio considerable en la frecuencia respiratoria promedio y cambia nuestra fisiología. La respiración lenta aumenta la activación vagal y el tono parasimpático, lo que conduce a un mayor bienestar físico y psicológico (Mason et al., 2013). Las emociones y la respiración están vinculadas, y la respiración lenta y profunda puede inhibir eficazmente la angustia (Jerath et al., 2015). Ralentizar la respiración y hacerla más profunda durante los momentos de angustia trae de vuelta el control vagal ventral y, a

medida que nuestro estado autónomo cambia, también lo puede hacer nuestra historia.

Para los pacientes, comenzar a prestar atención a la respiración suele desencadenar señales de peligro y activa sus sistemas simpático o vagal dorsal. Una paciente me describió de una forma muy bonita que ella sabía que respiraba, pero que nunca lo había visto antes. Cuando su patrón de respiración comenzó a cambiar, sintió que entonces había espacio para otra cosa, y eso la asustó. Las personas que hacen ejercicios de respiración lenta y profunda por primera vez a menudo experimentan la respuesta protectora de lucha o huida simpáticas, pero pasados entre uno y tres meses, con la práctica regular, la activación autónoma pasa de la protección simpática a la seguridad parasimpática (Chinagudi et al., 2014). En un estudio con personas que hacían yoga por primera vez, Mason y sus colegas descubrieron que introducir la respiración lenta con inhalación y exhalación iguales era la forma más sencilla de usar la respiración para experimentar cambios autónomos positivos (2013). A partir de este hallazgo, la respiración lenta y equilibrada también puede ser una buena opción para introducir de manera segura y exitosa a los pacientes en las prácticas de respiración.

La respiración con resistencia utiliza una ligera contracción de la laringe y la glotis para agregar resistencia a la exhalación. La reducción del flujo de aire durante la exhalación aporta un aumento de la actividad vagal (Mason et al., 2013). La respiración *ujjayi* (o respiración oceánica), que es una forma de respiración con resistencia bastante común, parece darse naturalmente cuando los bebés juegan con bloques de construcción, cuando los niños resuelven problemas de matemáticas y cuando los adultos están haciendo un esfuerzo bajo estrés (Fokkema citado en Brown y Gerbarg, 2005). Tómate un momento, imagina que estás trabajando intensamente para averiguar algo y escucha tu respiración. Es probable que escuches un sonido en la parte

posterior de la garganta. La respiración con resistencia hace que nos sintamos calmados, alerta y atentos.

Suspirar

> *Los suspiros son el lenguaje natural del corazón.*
>
> ~ THOMAS SHADWELL

Los suspiros se dan naturalmente varias veces por hora como parte de una función pulmonar saludable (Li et al., 2016), y también se asocian con sentimientos de tristeza, cansancio, alivio e incluso satisfacción. Los suspiros se pueden considerar como "restablecedores de la regulación" en respuesta a las demandas tanto fisiológicas como psicológicas (Vlemincx, Van Diest y Van der Bergh, 2012). Desde un estado simpático activado, el suspiro devuelve el sistema nervioso autónomo al equilibrio parasimpático (Vlemincx, Taelman, Van Diest y Van der Bergh, 2010). ¡Dar un suspiro de alivio libera verdaderamente la tensión! Yo espero a que mis pacientes suspiren durante una sesión y me paro para nombrar la forma en que su sistema nervioso autónomo está trabajando para aportar regulación. "Tu sistema nervioso sabía exactamente lo que hacía falta. Vamos a descansar un momento en ese suspiro regulador". Llamar la atención hacia la sabiduría innata del sistema nervioso autónomo alienta a los pacientes a comenzar a confiar en que su sistema nervioso está funcionando. Conectarse a los suspiros de regulación puede ser un primer paso para que tus pacientes crean que sus cuerpos pueden repararse.

Los suspiros surgen espontáneamente, pero también pueden cobrar vida intencionadamente, lo que convierte la práctica de suspirar en un recurso regulador. Cuando tus pacientes notan que están comenzando a pasar a la activación simpática, pueden dar un suspiro relajante que a menudo resuelve

la activación y conduce a un suspiro de alivio. En un estado vagal ventral, pide a tus pacientes que disfruten de ese estado a través de un suspiro de satisfacción. Los suspiros son experiencias de respiración normales que se repiten muchas veces en el transcurso de un día, lo que los convierte en formas poco amenazantes de que tus pacientes comiencen a experimentar con el uso de la respiración como un recurso. Una advertencia: como las personas suelen asignar un motivo negativo a los suspiros, cuando enseñes a tus pacientes a utilizarlos como recurso, asegúrate de que informan a las personas de su entorno sobre los efectos reguladores autónomos de los suspiros.

EJERCICIO

DOS RESPIRACIONES EN TRANSICIÓN

Este ejercicio está diseñado para que los pacientes se muevan intencionalmente entre una "respiración temerosa" con su rápido aumento asociado de activación simpática y un "suspiro de alivio" que los devuelve a la seguridad vagal ventral. El sistema nervioso autónomo está diseñado para la transición entre estos dos estados con un cierto grado de flexibilidad. Sin embargo, muchos pacientes se enfrentan al desafío de los patrones de respuesta autónomos habituales conformados por los entornos tempranos de amenaza que hacen que el movimiento hacia la protección simpática sea fácil y la regulación hacia la seguridad vagal ventral sea inalcanzable. Mientras guías a tus pacientes a través de este ejercicio, pueden experimentar la liberación y el accionamiento de su freno vagal y la posibilidad de una transición segura.

- La respiración temerosa se inicia con una sensación de sobresalto acompañada de una inhalación rápida y audible y, a menudo, de una breve respiración. Nos llevamos una mano al corazón y los hombros se tensan hacia arriba. La cara se congela con los ojos bien abiertos. Si estamos de pie, es como si nos pusiéramos de puntillas, y tanto si estamos de pie como sentados, hay una sensación de energía ascendente, como si perdiéramos contacto con el suelo y no estuviéramos anclados.

- El suspiro de alivio que sigue comienza con la liberación de la respiración en un suspiro audible y profundo, caracterizado por una exhalación larga y lenta y alguna forma de resistencia a la respiración, ya sea por contracción en la parte posterior de la garganta o con los labios ligeramente fruncidos, a menudo seguida de un momento de apnea (suspensión temporal de la respiración). La mano permanece en el corazón mientras los hombros se relajan. Hay una sensación de suavidad en la cara, especialmente alrededor de los ojos. Si se está de pie, hay un asentamiento sobre las plantas de los pies, y tanto de pie como sentados, hay una sensación de energía descendente para conectar con la tierra, lo que brinda la sensación de estar asentado de manera segura.

Explora la respuesta de tu paciente a ambas respiraciones; observa primero la experiencia de activación y la vuelta total o parcial a la regulación y luego la historia creada a partir de los cambios de estado. La práctica repetida genera flexibilidad para hacer transiciones entre estados y, a medida que tu paciente experimenta cambios de estado más flexibles, también cambia su historia sobre la seguridad.

EJERCICIO

USO DE IMÁGENES PARA EXPLORAR EL RITMO DE INHALACIÓN Y EXHALACIÓN

El diafragma se contrae hacia abajo con cada inhalación, lo que crea más espacio para los pulmones, y se relaja hacia arriba con cada exhalación, lo que ayuda a los pulmones a vaciarse. En el transcurso de cada ciclo de respiración, el diafragma cambia de forma: de una “plancha” a una “cúpula”. Para experimentar con esto, entrelaza los dedos para crear la forma de una cúpula. En la inhalación, separa los codos y aplana las manos hasta adoptar una forma plana. En la exhalación, baja los codos y vuelve a colocar las manos como una cúpula. Realiza varios ciclos de respiración para sentir este ritmo.

Junto con la contracción y la relajación del diafragma, cada ciclo de respiración es también un ejercicio suave del freno vagal. Durante la inhalación, el freno vagal se relaja y hay un ligero aumento en la frecuencia cardíaca a medida que se permite una mayor influencia simpática. La relajación del freno vagal sin liberarlo totalmente mantiene la regulación de modo que no se activa la expresión completa del sistema nervioso simpático y la sensación de estar solo, separado de los demás. La exhalación aporta un nuevo acoplamiento del freno vagal, un ritmo cardíaco más lento y una mayor influencia parasimpática que fomenta el compromiso social y la conexión.

Este ejercicio invita a los pacientes a usar el ciclo de la respiración para imaginar la sutil sensación de introducirse en la experiencia independiente con cada inhalación y de asociarse con los demás en cada exhalación. A medida que el freno vagal administra de manera eficiente el ritmo de la respiración, los

pacientes pueden experimentar con la sensación de moverse entre la soledad del "yo" y la interconexión del "nosotros".

Los pacientes tienen una amplia gama de experiencias con esta práctica. Al presentarla, dirige la atención a encontrar el grado correcto de reto neuronal. Los cambios entre el interior y el exterior, entre sentirse único e interconectado, son difíciles para muchos pacientes, y esta práctica ofrece la oportunidad de trabajar para encontrar seguridad en cada estado y flexibilidad en la transición entre ellos.

Para algunos pacientes, la inhalación e imaginar que se introducen en la experiencia individual evocan una historia de abandono y aislamiento. La sensación de estar "solo a salvo" es a menudo desconocida. "Solo" puede equipararse con "solitario" o puede haberse convertido en un lugar de protección. Ayuda a estos pacientes a crear una imagen de estar solo que no active su sistema de supervivencia. Ajusta la duración de la inhalación para que se pueda usar con éxito como un pequeño experimento para imaginar la separación como un lugar de renovación.

Para otros pacientes, sentirse conectados a los demás a través de la imagen de la exhalación puede ser demasiado intenso al principio y acarrear una sensación de desconfianza, el peligro de estar en una relación y la conocida historia de ser un inadaptado. Con estos pacientes, experimenta con el continuo de conexión que va desde el extremo de la simple conciencia de que hay otros cerca al extremo donde hay una alegre mezcla. Usa la exhalación para explorar los espacios entre estos dos extremos.

- En la inhalación, imagina la influencia sutil de la energía simpática que te invita a acceder a tu experiencia individual. Siente la respiración llenando tu cuerpo. Siente el ligero aumento en la movilización que se produce cuando los pulmones se llenan y el diafragma pasa de tener forma de cúpula a ser plano. Sigue la inspiración interior y explora la experiencia solitaria. Siente la delicadeza de la inhalación a medida que te lleve a un momento de estar "solo con seguridad". Encuentra el límite entre estar solo y sentirte solitario, el lugar en el que sientes la emoción de una protección familiar de separación, donde tu neurocepción pasa de la seguridad al peligro. Reconoce este lugar y descansa en los límites de la seguridad.

- En la exhalación, a medida que tu sistema vagal ventral aumenta su influencia, percibe el movimiento que te saca del "yo" y saborea el "nosotros", la unión segura con los demás. En la exhalación, ¿puedes imaginar tu respiración moviéndose en sincronía con los demás? Puedes imaginar que tu respiración se mueve hacia los límites de la conexión, no muy enlazada, fuera de tu alcance. Es posible que sientas que se entrelaza con otra respiración o que se conecta con muchas otras. Explora los límites de sentirte seguro en esta experiencia. Conduce tu exhalación solo hasta que tu neurocepción continúe siendo de seguridad. En cada exhalación, prueba los límites y respeta tu propia ubicación a lo largo del continuo de conexión.

- Continúa el ciclo de la respiración. Inhala moviéndote hacia la conexión interna y la sincronía contigo mismo. Exhala pasando a la conexión con el mundo exterior y a la armonía con los

demás. Inhala hacia la experiencia individual. Exhala hacia la experiencia compartida. Explora las formas en que estas transiciones ocurren varias veces por minuto.

El objetivo es que, con el tiempo, prestar atención al ritmo de la respiración comience a parecer algo seguro y calmado y aporte una mayor facilidad para hacer transiciones y moverse entre "yo" y "nosotros". Con esta práctica, los pacientes respiran los inicios de una nueva historia.

Más formas de conectar con la respiración

- Dibujar una respiración. La respiración de los cuatro cuadrados, o técnica de la caja, es una práctica de respiración sencilla que suele enseñarse a los pacientes como recurso para controlar la ansiedad. Combina la respiración y las imágenes mientras te imaginas dibujando un cuadrado: dibuja el primer lado con una inspiración y el siguiente en la exhalación, de manera que completar el cuadrado te lleve dos ciclos de respiración. Luego inhala hasta contar 4 y exhala hasta contar 4. Extiende la cuenta a medida que aumente tu capacidad. Esta práctica combina los beneficios vagales de la respiración lenta y la respiración equilibrada. Cambia la forma de un cuadrado a un rectángulo y experimenta con una mayor influencia vagal ventral a través de una exhalación más larga o con una mayor influencia simpática a través de una inhalación más prolongada.

- Hacer pompas. Para hacer una serie de pompas de jabón hace falta una inhalación profunda y una exhalación larga y lenta. Hazlo en compañía para añadir el factor juego a la experiencia.

- Tocar un instrumento mediante la respiración aumenta el tono vagal. ¡Los kazoos son baratos, divertidos y fáciles de usar!

- Respirar para activarnos. A veces la necesidad autónoma consiste en un aumento de la energía. Las prácticas de respiración se pueden usar para liberar conscientemente el freno vagal y aportar más energía. Hay muchas respiraciones estimulantes, entre otras, la respiración de fuego y la respiración de la alegría.

La respiración personifica el estado autónomo de un paciente. La pregunta "¿Cómo estás respirando?" está directamente relacionada con "¿Dónde estás en tu mapa autónomo?". La respiración es una forma directa, accesible y rápida de configurar el estado del sistema nervioso. Cuando se comprenden los conceptos básicos que subyacen a la respiración como un portal de la regulación autónoma, se puede ser creativo en la forma de trasladar las prácticas de respiración a la sesión de terapia y de invitar a los pacientes a realizar las prácticas de respiración entre sesiones. La forma en que respiramos dice mucho sobre el estado de nuestro cuerpo y sobre la historia que estamos viviendo.

TONIFICAR EL SISTEMA NERVIOSO A TRAVÉS DE LA RECEPCIÓN Y EL ENVÍO DE SONIDO

> *El mundo nunca está tranquilo.*
>
> ~ ALBERT CAMUS

El sonido es una de las formas en que el sistema nervioso autónomo escucha disimuladamente al entorno. Nuestros antepasados sobrevivieron en parte porque podían escuchar y responder a amenazas que no podían ver. A lo largo

de la evolución del sistema nervioso autónomo, las antiguos recuerdos sonoros permanecen.

El sonido transporta información de supervivencia, lo que nos impele a acercarnos o retirarnos. Los bebés escuchan en el útero y vienen al mundo conociendo la voz de sus madres. Como el sistema nervioso autónomo responde a diferentes cualidades del sonido, el entorno sonoro que habitamos fomenta la restauración o desencadena reacciones de supervivencia. Desde el punto de vista autónomo, anhelamos un paisaje sonoro diverso que dé vida al sistema de compromiso social.

En la famosa frase del cuento de hadas de los Hermanos Grimm, Caperucita Roja dice: "Qué orejas tan grandes tienes". Y el lobo responde: "Son para oírte mejor". Sin embargo, no es el tamaño de nuestro órgano auditivo lo que nos permite escuchar sonidos de amistad y peligro; son más bien los músculos del oído medio de los mamíferos los que lo hacen posible. Al echar la vista atrás en nuestra historia evolutiva, vemos que los vertebrados se convirtieron en mamíferos, y cuando la mandíbula formó por primera vez una doble articulación, los tres huesos que conforman el oído de los mamíferos (las aves y los reptiles solo tienen uno) se separaron de la mandíbula (Anthwal, Joshi y Tucker, 2013). Ahora los mamíferos pueden escuchar nuevos sonidos y, lo que es más importante, el sonido de la voz humana está dentro de las bandas de frecuencia creadas por esta evolución del oído medio (Porges, 2017).

A través del sonido, recibimos señales de seguridad y peligro. Respondemos a través de vías neuronales cableadas y a través de vías modeladas por la experiencia. Las frecuencias de sonido y las variaciones en el tono evocan diferentes estados autónomos y experiencias emocionales (Porges, 2010). El sistema nervioso autónomo responde a los sonidos de baja frecuencia (los truenos o el ruido de los camiones) como si provinieran de un depredador y a los sonidos de alta frecuencia (un grito agudo o el llanto de un bebé) como señales de dolor y peligro. En respuesta a estos tipos de sonidos,

se pierde la neurocepción de seguridad y el sistema nervioso autónomo activa una respuesta de supervivencia.

La seguridad auditiva y la seguridad visual no son experiencias totalmente separadas. La vía neural que controla el párpado y la vía que controla el músculo del oído medio que nos permite escuchar la voz humana es una vía compartida (Porges, 2017). En las relaciones, incluida la relación de terapia, se da mucho valor al contacto visual, y con frecuencia asignamos un significado positivo al contacto visual sostenido y hacemos una interpretación negativa del contacto visual interrumpido. A través de una perspectiva polivagal, mantener y romper el contacto visual es lo que ocurre durante la regulación de nuestro estado mientras intentamos encontrar el lugar "correcto" en nuestro mapa autónomo. A veces, la vía auditiva es el portal perfecto de conexión cuando la mirada es abrumadora. Una de mis pacientes usa mis ojos y el sonido de mi voz para sentirse segura; sabe que puede apartar la mirada y que mi voz se quedará con ella hasta que esté lista para volver mirarme. Ella dice que mi voz la sigue en su desconexión y le ofrece un camino de vuelta. Enseña a tus pacientes la sabiduría intuitiva de su sistema nervioso autónomo para ajustar los niveles de conexión, y luego haz un seguimiento de sus experiencias de regulación a través de la vista y el sonido.

El sonido de la seguridad

> *El habla es el espejo del alma.*
>
> ~ PUBLILIO SIRO

Según una encuesta de Gallup de 2014, los mensajes de texto son la forma más común de comunicación para los estadounidenses menores de 50 años. En la encuesta sobre dispositivos móviles de la revista *Time* (una encuesta de

2012 con una muestra de cerca de 5.000 personas de todas las edades y niveles de ingresos en ocho países: Estados Unidos, Reino Unido, China, India, Corea del Sur, Sudáfrica, Indonesia y Brasil), el 32% de los encuestados afirmaban que preferirían comunicarse por mensaje de texto que por teléfono, incluso con personas que conocen muy bien. Nuestros móviles nos ayudan a mantenernos conectados, pero a menudo lo hacen a través de la comunicación no vocal.

El habla ejercita los elementos del sistema de compromiso social: el vago ventral a través de la necesidad de controlar la respiración, la laringe para emitir sonido, las vías auditivas a medida que escuchamos el sonido de la voz, el nervio craneal V (nervio trigémino) a medida que la boca se mueve para emitir sonido y el nervio craneal VII (nervio facial) conforme nuestra cara expresa lo que estamos diciendo. Aunque cada vez usamos más el correo electrónico y los mensajes de texto, es importante que no nos olvidemos de hablar. La mayoría de nosotros tenemos una experiencia continua de habla interna a lo largo del día que es rica en contenido auditivo (Scott, Yeung, Gick y Werker, 2013), y no es raro que hablemos en voz alta con nosotros mismos. Hacerlo ejercita los nervios craneales involucrados en el habla, nos permite escuchar las cualidades auditivas de nuestra voz y jugar con el tono y con la prosodia.

La conversación agrega la experiencia de reciprocidad al habla. Ejercitamos nuestro freno vagal con patrones de escucha y respuesta. Las conversaciones tienen reglas de turno implícitas para que quien habla y quien escucha puedan evitar vacíos y superposiciones y encontrar el momento que crea el flujo de la conversación (Filippi, 2016). El freno vagal se libera a medida que aportamos energía a nuestra producción oral y se activa cuando pasamos al silencio para escuchar. Cuando el patrón no está sincronizado, el resultado suele ser un momento de insolencia biológica, una violación de una expectativa neuronal y un movimiento que nos saca de la conexión (Porges, 2018). Cuando se

interrumpe el flujo de conversación de ida y vuelta, el movimiento entre los estados internos y externos es desigual, y experimentamos un desajuste autónomo.

Muchos pacientes tienen vidas aisladas, con lo que no disfrutan de oportunidades regulares para hablar con otras personas. La falta de conexiones sociales no solo es un riesgo para la soledad y la angustia autónoma, sino que también genera oportunidades limitadas para conversar. Para estos pacientes, hay pocas oportunidades de experimentar los ejercicios neuronales que participan en el hecho de mantener una conversación: ejercitar el freno vagal, rastrear momentos de insolencia biológica y proceder a su reparación o el ritmo de reciprocidad de ida y vuelta. Llevar la reciprocidad conversacional a la sesión de terapia ofrece a los pacientes oportunidades para practicar y experiencias predecibles de lenguaje que crean una conexión segura.

¿Cómo pueden trabajar los terapeutas con los pacientes para explorar las formas en que crean y asimilan el sonido? A través de la teoría polivagal, reconocemos la importancia de la prosodia, la música de la voz. El tono de tu voz transmite efectivamente tu estado emocional (Belyk y Brown, 2016). Una voz monótona, o una voz demasiado aguda o demasiado profunda, alerta al sistema nervioso de posibles peligros, mientras que una voz con patrones apropiados de ritmo y sonido invita al oyente a una conexión segura. La prosodia comunica lo que subyace a las palabras, la intención del hablante. El conocimiento autónomo (escuchar señales de peligro subyacentes a las palabras mientras te dicen que lo que sientes no es lo que está sucediendo) es una experiencia común para muchos pacientes. De hecho, los humanos reconocen de manera fiable una amplia gama de emociones expresadas vocalmente, incluso cuando las palabras habladas no están sincronizadas con la emoción (Belyk y Brown, 2016).

EJERCICIO

JUGAR CON LA PROSODIA

- Crea con tus pacientes una lista de palabras que activen sus tres estados autónomos y luego prueba a pronunciarlas con diferentes tonos de voz. Haz un seguimiento de los matices de respuesta a cada una. ¿Cambia la respuesta autónoma? ¿Cambia la historia psicológica si cambia el estado?

- A continuación, experimenta diciendo frases en diferentes tonos de voz. “Estoy bien” o “No me importa” son frases comunes que sirven para hacer la prueba. Pide a tus pacientes que identifiquen otras frases que sean habituales en sus experiencias cotidianas. Díselas a tus pacientes con distintos tonos de voz y pídeles que hagan un seguimiento de cómo afecta la prosodia a su confianza en la frase. ¿Cuál es el mensaje autónomo que reciben? Haz que tus pacientes te digan las frases en diferentes tonos de voz. ¿Cuál es su respuesta autónoma a sus propios cambios en la prosodia?

- Identifica con tus pacientes palabras comunes que activen de manera predecible los estados de supervivencia autónomos, sus desencadenantes lingüísticos. Los pacientes a menudo identifican una palabra específica que genera activación simpática o vagal dorsal. Estas palabras se han relacionado a través de la experiencia con el peligro o la amenaza vital y ahora es previsible que generen un movimiento hacia la protección autónoma. Es útil para los pacientes conocer sus desencadenantes lingüísticos. Por ejemplo, uno de mis pacientes identificó una respuesta vagal dorsal inmediata a la palabra *irse,* pero una respuesta vagal ventral a la expresión *tomarse un descanso*. Pide a tus pacientes que compartan palabras desencadenantes con personas importantes de sus vidas y que encuentren palabras alternativas que usar en sus conversaciones diarias.

- Crea con tus pacientes una lista de palabras que den vida a su energía vagal ventral. Estas palabras se convertirán en recursos autónomos para que las usen fuera de las sesiones con el fin de ayudarles a regresar a un estado vagal ventral o para obtener una apreciación activa de la presencia de un estado vagal ventral. Las palabras se pueden decir en silencio o en voz alta. Usa la lista de palabras vagales ventrales de tu paciente en las sesiones para fomentar las transiciones entre estados. Al final de una sesión, la reciprocidad de compartir una palabra vagal ventral, de que tanto el terapeuta como el paciente digan y escuchen, crea un final sintonizado de forma autónoma.

EJERCICIO

CONECTAR A TRAVÉS DE EXPRESIONES VOCALES

La voz comunica una gran cantidad de información. Las expresiones vocales son sonidos que pueblan el habla y transmiten emoción sin palabras. Los gemidos y suspiros involuntarios y las expresiones voluntarias como “ahhh”, “mmm” y “ohhhhh” son buenos ejemplos. La investigación muestra que al escuchar una expresión vocal, el oyente capta la emoción del orador correctamente con un alto grado de precisión (Schröder, 2003; Simon-Thomas, Keltner, Sauter, Sinicropi-Yao y Abramson, 2009) y que se entienden en todos los idiomas (Laukka et al., citado en Belyk y Brown, 2016) y en todas las especies (Farago et al., citado en Belyk y Brown, 2016). Simon Thomas et al. (2009) examinaron varios estudios y concluyeron que hay al menos 14 estados emocionales que la voz humana puede comunicar sin palabras. No es raro que los terapeutas no sepan qué decir en ciertos momentos o que se preocupen por decir algo incorrecto. Si te quedas sin palabras y en su lugar profieres un sonido, es muy probable que tu paciente reciba tu intención emocional.

Las expresiones vocales son comunes en el habla cotidiana y comunican tanto el tono autónomo como el emocional. Puedes llamar la atención sobre estas señales no lingüísticas de seguridad y peligro que se reciben de forma automática y que se pueden enviar intencionadamente.

- Invita a tus pacientes a experimentar enviando y recibiendo expresiones vocales. Ayúdalos a percibir la experiencia en ambos extremos del sonido. ¿Cuál es su respuesta autónoma? ¿Cuál es su historia?

- Asegúrate de que tus pacientes experimentan con una amplia gama de expresiones vocales; sonidos que envían un mensaje de conexión y sonidos que envían un mensaje de protección.

- Haz que tu paciente intente hacerlo sin contacto visual, de modo que el sonido sea la única señal, y que luego vuelva al contacto visual para agregar las señales visuales al sonido. ¿Qué cambia?

- Realiza un seguimiento durante una sesión. Para y percibe cuándo se da una expresión vocal. ¿Cuál es la emoción transmitida en el sonido? ¿Cómo cambia el estado autónomo en respuesta al sonido?

Otros sonidos

La palabra inglesa *hum*, que significa “tararear” o “canturrear”, proviene de la raíz latina *humus*, que significa “tierra” y “suelo”. Parece que todo el mundo puede canturrear, y aunque no hay investigaciones al respecto, el mundo está lleno de personas que dicen sentirse felices cuando lo hacen. Incluso las personas que no saben cantar pueden canturrear sin que les dé vergüenza. El canturreo aumenta el tono vagal ventral. Descubrí que invitar a los pacientes a que lo hagan como ejercicio autónomo normalmente les hace sonreír y genera una respuesta positiva.

Para muchas personas, cantar implica un reto mayor. Cantar es una forma de respiración guiada que ejercita la laringe, los pulmones, el corazón y los músculos faciales y que requiere control de la respiración y cambios de postura, todo lo cual tonifica el sistema vagal ventral. Cantar en grupo añade la experiencia de reciprocidad. Se ha demostrado que la respiración sincronizada que se da cuando un grupo canta en conjunto aumenta la variabilidad de la frecuencia cardíaca, un marcador del tono vagal (Vickhoff et al., 2013).

El canto (entonar una sola nota con múltiples sílabas) combina sonido, respiración y ritmo. Aumenta el control de la respiración e incluye la exhalación prolongada. Los estudios han demostrado que el canto reduce la ansiedad y la depresión, bloquea la liberación de hormonas del estrés y aumenta la función inmunológica. Kalyani y sus colegas (2011) descubrieron que al cantar “OM” (en lugar de cantar “ssss”), la desactivación de la región límbica observada era similar a la de los estudios que utilizaban la estimulación del nervio vago y concluyeron que es probable que la vibración alrededor de las orejas en el canto de “OM” active el vago a través de las vías auriculares.

Como resultado de la evolución del oído medio de los mamíferos hace millones de años, podemos conectar con el mundo a través de un entorno de sonido rico y diverso. El sonido está a nuestro alrededor señalando el peligro e

invitando a la conexión. El sistema nervioso autónomo está cableado para escuchar ciertas frecuencias que envían sonidos de seguridad y otras frecuencias que hacen sonar una alarma. Las experiencias de seguridad, peligro y amenaza vital están fuertemente moldeadas por nuestras respuestas autónomas al sonido.

CAPÍTULO 12

REGULACIÓN A TRAVÉS DEL CUERPO

Mientras que Leonardo da Vinci pintaba *La Gioconda* y Copérnico colocaba el sol en el centro del universo, Descartes, en la línea de los antiguos filósofos griegos que creían en la separación de la mente y la materia, definía el dualismo. A partir de este legado duradero, el dualismo cartesiano ha dado como resultado a médicos que tratan el cuerpo y a terapeutas que trabajan con la mente. Este modelo biomédico aportó una gran cantidad de conocimientos y tecnologías médicas para tratar enfermedades y, al mismo tiempo, limitó nuestra comprensión del papel de la mente en la experiencia de la salud (Mehta, 2011). Hasta hace poco, la psicoterapia se ha centrado en la mente, mientras que prestar atención al cuerpo ha sido una idea tardía. Van der Kolk (2014) señala que, aunque la conexión entre la mente y el cuerpo en el pasado ha sido descartada por la ciencia occidental, la comprensión de esta conexión está cambiando indudablemente la manera en que los terapeutas tratan el trauma. Están empezando a apreciar que la terapia efectiva se orienta al cuerpo. Las psicoterapias orientadas al cuerpo se basan en la creencia de que la relación del paciente consigo mismo, el compromiso con los demás y el movimiento en el mundo son inherentemente una experiencia de mente y cuerpo (Bloch-Atefi y Smith, 2014). La gama completa de experiencias, desde el trauma hasta la alegría, aparece en el cuerpo, y el sistema nervioso autónomo cuenta esta historia.

TACTO

Tocar puede significar dar vida.

~ MIGUEL ÁNGEL

Desde los propios comienzos de la psicoterapia, ha habido desacuerdos sobre el uso del tacto. Freud comenzó adoptándolo el tacto y luego lo rechazó. Ferenczi y Reich, contemporáneos de Freud, consideraban que el cuerpo era una parte integral de la curación psicológica y eran defensores del tacto. Hoy en día, no es común enseñar el contacto físico como una intervención terapéutica y, de hecho, a menudo se advierte en su contra (McRae, 2009). Aunque puede usarse como curación, para muchos pacientes las experiencias pasadas con el tacto han sido perjudiciales, y puede que las experiencias con el tacto no sexual hayan brillado por su ausencia. Tanto para los terapeutas como para los pacientes, el uso del tacto interpersonal puede resultar confuso.

El tacto es una de las formas básicas en que nos comunicamos. Si observamos el tacto a través de una perspectiva evolutiva, las personas que trabajaron juntas sobrevivieron y tuvieron éxito, y puede que el contacto físico promoviera esa cercanía (McGlone citado en Denworth, 2015). El tacto es el primer sentido que emerge en el útero y el más desarrollado al nacer. La piel es el órgano humano más grande, y el tacto es parte integral de nuestro crecimiento y desarrollo. Las experiencias táctiles tempranas dan forma a las experiencias adultas (Gallace y Spence, 2010).

La ciencia emergente en torno al poder curativo del tacto es innegable. Provoca, modula y comunica emociones (Gallace y Spence, 2010). Se ha descubierto que el tacto materno continuado durante el paradigma del "rostro inexpresivo" de Tronick disminuye el impacto fisiológico de la falta de

disponibilidad facial de la madre (Feldman, Singer y Zagoory, 2010). En un estudio de 2009, los participantes adultos que recibieron un masaje con presión moderada experimentaron un cambio del sistema nervioso simpático a la actividad vagal, mientras que el masaje ligero incrementó la respuesta del sistema nervioso simpático (Diego y Field, 2009). El tacto estimula el sistema nervioso autónomo, y la estimulación vagal fomenta la reducción de la depresión, el dolor y el estrés y aumenta la función inmunológica (Diego y Field, 2009).

Al referirse a Feldenkrais, Doidge escribió: "El tacto siempre fue importante para él porque creía que cuando su sistema nervioso se conectaba con el de otra persona, formaban un solo sistema, 'un nuevo conjunto... una nueva entidad'" (Doidge, 2015, p. 183). El acto de tocar proporciona información a la persona a la que se está tocando (el paciente) sobre el estado de la persona que toca (el terapeuta). El tacto puede transmitir presencia y empatía (Connor y Howett citados en Papathanassoglou y Mpouzika, 2012). Muchos pacientes sufren de falta de contacto interpersonal en lo que Tiffany Field, directora del Instituto de Investigación del Tacto en la Escuela de Medicina de la Universidad de Miami, llama "hambre de contacto" (Field, 2014). Con la advertencia contra el tacto tan presente en la práctica de terapia, los pacientes pueden sentirse intocables. ¿Cómo podría afectar esto al estado autónomo de un paciente y a la historia que lo acompaña?

Hablar y enseñar sobre el tacto a través de una perspectiva polivagal es una forma segura de introducirlo en el proceso terapéutico y de ayudar a tus pacientes a explorar las capacidades de regulación del contacto amistoso. Volviendo a su mapa autónomo, los pacientes pueden identificar qué tipo de contacto aporta calor vagal ventral, malestar simpático y adormecimiento vagal dorsal. Al observar las respuestas autónomas al tacto de forma separada a los elementos de la historia, la experiencia del tacto puede explorarse como un evento fisiológico y evaluarse a lo largo de un continuo que va de la

angustia al placer. Sin la historia circundante, los pacientes comienzan a construir una nueva relación con el tacto. Son capaces de identificar las señales autónomas de seguridad y peligro que rodean sus experiencias táctiles. Luego pueden volver la vista hacia experiencias táctiles anteriores, rastrear sus respuestas autónomas de conexión o protección y empezar a reescribir su historia psicológica.

En todo el mundo, las personas usan la conexión física como saludo, ya sea tocando frente con frente, frotándose la nariz, besando una o ambas mejillas o con un apretón de manos. El apretón de manos es una práctica antigua que ya se puede observar en relieves griegos, que se menciona en la *Ilíada* y en la *Odisea* de Homero y que aparece en monedas romanas. Con un apretón de manos, entramos en una relación recíproca. Se ha demostrado que comenzar una interacción social con un apretón de manos aumenta las percepciones de confianza de las personas, activa su evaluación positiva de competencia y fiabilidad y reduce los comportamientos de evitación (Dolcos, Sung, Argo, Flor-Henry y Dolcos, 2012).

Saludar a los pacientes con un apretón de manos puede enviar señales de seguridad a sus sistemas nerviosos y crear una disposición vagal ventral para entrar en la alianza terapéutica. Terminar la sesión con un apretón de manos puede ser una afirmación de la conexión terapéutica. La forma cotidiana de expresar la conexión y la intención a través de un apretón de manos activa una respuesta autónoma y ofrece una manera abierta y sencilla de hablar con tus pacientes sobre el contacto y de ayudarlos a rastrear su respuesta autónoma. Al atraer la atención consciente a la experiencia táctil, rastrear las reacciones a través de la jerarquía de respuesta autónoma y participar en una conversación explícita, el tacto puede sacarse de la experiencia implícita de la neurocepción y trasladarse a la conciencia explícita.

Si un terapeuta no se siente cómodo con el contacto, no puede incorporarlo de forma efectiva a su trabajo con los pacientes. Hablar sobre el tacto es algo

que muchos terapeutas y pacientes evitan, y sin embargo, participar en esa conversación normaliza la experiencia del contacto amistoso interpersonal. No tener una conversación sobre el tacto dice tanto a tus pacientes como tenerla. Crear un acuerdo acerca del contacto es un proceso rico que se desarrolla a medida que avanza la terapia.

Considerar el tacto a través de la lente autónoma y mantener ese enfoque al hacer uso de él brinda seguridad a la poderosa experiencia de conexión creada a través del contacto físico.

Con el mapa autónomo como guía, los terapeutas y los pacientes pueden crear acuerdos sobre el tacto con fundamento autónomo. La experiencia de crear un acuerdo sobre el tacto es una oportunidad para ver las respuestas que genera, separar la experiencia fisiológica de la historia psicológica y probar pequeños experimentos con diferentes tipos de contacto interpersonal. Para cuando se haya explorado completamente un acuerdo de contacto, los terapeutas y los pacientes habrán identificado juntos las cualidades de corregulación de diferentes tipos de contacto y determinarán cuándo ofrecerlo y cuándo evitarlo. El tacto es un modo efectivo de comunicación cuando está diseñado para transmitir un mensaje específico y se usa regularmente entre personas que entienden tanto el modo como el significado (Bezemer y Kress, 2014). Con estos elementos en mente, habla con tus pacientes sobre el contacto y crea un entendimiento compartido acerca de usarlo o no, de cuándo y de cómo hacerlo como recurso de corregulación. ¿Qué tipo de tacto es un regulador efectivo? ¿Qué tipo de tacto es posiblemente desregulador? ¿Cuándo podría ser útil la regulación a través del tacto durante la sesión terapéutica? Las respuestas a estas preguntas serán diferentes para cada paciente. Uno puede decirte que quiere que le toquen el hombro, mientras que otra solo quiere que le toquen la mano. Algunos pacientes quieren contacto cuando comienzan a sentir un movimiento vagal dorsal hacia la disociación. Muchos pacientes en un estado de activación simpática solo quieren saber que

estás allí a distancia. Además de ofrecer una mano o tocar el brazo, la rodilla o el hombro, otra práctica táctil es colocar una mano en el centro de la espalda de un paciente. Esto a menudo activa la energía vagal ventral y, en particular, es también donde está el aspecto posterior del chacra del corazón. Al nombrar lo que estás haciendo ("Estoy poniendo la mano en medio de tu espalda para invitar a tu vago ventral a que realice más actividades: siente el comienzo de esa energía reguladora"), conduce la atención de tu paciente a las capacidades de regulación del sistema vagal ventral, recordándole el recurso inherente que suponen. Además de sentir el contacto seguro de tu mano y un aumento de la energía reguladora, la proximidad de sentarte al lado de tu paciente añade la calidez de sentarse juntos, algo que los pacientes a menudo perciben como una experiencia segura de contacto interpersonal.

Como una alternativa al tacto cuando el contacto interpersonal no está disponible o no se desea, y también como un añadido al contacto interpersonal, tanto el autocontacto de tu paciente como hacerse eco de él son dos opciones efectivas. Tu paciente puede hacer los siguientes gestos y tú puedes hacerte eco de ellos cuando lo creas conveniente. Nombrar el resultado autónomo deseado recuerda al paciente que su sistema nervioso es un recurso biológico listo para activarse al servicio de la regulación.

- Coloca una o ambas manos sobre el corazón, donde el freno vagal hace su trabajo.

- Coloca una mano en un lado de la cara y la otra en el corazón para recordarle a tu sistema el poder de la conexión cara-corazón.

- Coloca una o ambas manos en la base del cráneo, donde se origina el nervio vago, o una mano en la base del cráneo y la otra en el corazón o

en un lado de la cara para conectar tus raíces vagales con el sistema ventral ventral, que es más grande.

- "Cubre" los ojos (como se describe en Doidge, 2015) con los dedos en la frente y las palmas de las manos sobre los ojos, pero sin tocarlos, y produce energía parasimpática. Siente el calor alrededor de los ojos y cómo se activa tu sistema de compromiso social.

- Y por último, las experiencias con el tacto se almacenan como recuerdos táctiles que podemos recordar conscientemente (Charité–Universitätsmedizin Berlin, 2011). Ayuda a tus pacientes a encontrar sus recuerdos positivos. El tacto recordado da vida al tacto como un recurso.

MOVIMIENTO

Yo también bailo al ritmo de este mundo en movimiento.

~ RUMI

Incluso antes de nacer, cuando todavía estamos seguros dentro del vientre materno, el movimiento es esencial para la vida. Ya nos estamos experimentando como seres en movimiento, una experiencia que continúa a lo largo de nuestra vida. El sistema nervioso autónomo reacciona al movimiento corporal y a los cambios de postura para mantener un entorno interno estable y fomentar las interacciones con el mundo exterior. Los barorreceptores, que son sensores ubicados en los vasos sanguíneos, responden rápidamente a los cambios de postura del cuerpo aumentando o disminuyendo la frecuencia

cardíaca a través de la acción del freno vagal. Cambiar de postura a propósito es una forma de influir en el estado autónomo. El cambio de postura aporta una sensación de activación a medida que se relaja el freno vagal, seguida de una sensación de calma a medida que el freno vagal se reactiva (Porges y Carter, 2017). Cambiar de postura (por ejemplo, acostarse, sentarse, ponerse de pie, girar, mecerse o inclinarse) cambia el tono autónomo.

Una forma de emplear el movimiento para dar forma al sistema nervioso autónomo es usar una pelota terapéutica. Sentarse en una de estas pelotas requiere micromovimientos constantes. Para los pacientes que tienden a colapsar, realizar los pequeños y continuos ajustes corporales necesarios para no caerse de la pelota mantiene la energía suficiente en movimiento en su sistema para evitar el cierre vagal dorsal y, en consecuencia, son más capaces de permanecer presentes. Para los pacientes que tienden a la actividad simpática, la necesidad de ajustar la intensidad del movimiento para permanecer sentados en la pelota es una forma natural de activar las acciones del freno vagal.

En un estudio de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Rochester, los residentes de hogares de ancianos con demencia mostraron respuestas positivas al uso de mecedoras, como, por ejemplo, menos solicitudes de medicamentos, mejor equilibrio y menos expresiones de ansiedad, depresión y estrés (Watson, Wells y Cox, 1998). Estos resultados se basan en un sistema nervioso autónomo regulado. La teoría polivagal da una explicación racional a estos resultados y nos recuerda que “el balanceo proporciona una influencia directa y eficiente sobre el vago” (Porges, 2017). Tener una mecedora en tu oficina es una manera de ayudar a los pacientes a “moverse” hacia la regulación.

Explorar los límites

Los movimientos de aproximación y los gestos manuales receptivos crean una actitud positiva hacia los demás (Koch, citado en Fuchs y Koch, 2014). A través de una lente autónoma, podríamos ver esto como la activación de una apertura vagal ventral a la conexión. Los movimientos con transiciones suaves crean una receptividad hacia el entorno (Fuchs y Koch, 2014), que nuevamente corresponde a una respuesta vagal ventral. Las personas sentadas en una postura reclinada recuerdan más eventos negativos, y las personas sentadas en una postura erguida recuerdan más eventos positivos (Riskind citado en Fuchs y Koch, 2014). Quizás esto se deba en parte al tono autónomo. Y cuando se inhibe el movimiento, lo que a través de una lente autónoma suele conllevar una activación simpática o vagal dorsal, la experiencia y el procesamiento de las emociones también se ven afectados (Fuchs y Koch, 2014).

El sistema nervioso autónomo es un sistema de movimiento. En el ejercicio de los tres movimientos, los pacientes usan movimientos "hacia adentro, hacia afuera y hacia el centro" para explorar los límites entre los estados y ejercer las acciones del freno vagal.

EJERCICIO

TRES MOVIMIENTOS

- Comienza en el "centro". Pide a tu paciente que encuentre una postura que le dé la sensación de estar anclado en la regulación vagal ventral. Luego haz que empiece a moverse lentamente hacia adentro bajando la cabeza, inclinándose hacia adelante y tirando de sus brazos y piernas, mientras sigue de cerca su estado autónomo. Al moverse desde el centro hacia el interior, hay matices de tranquilidad, relajación profunda y quietud apacible conformados por un freno vagal activo. Pide a tu paciente que haga un seguimiento de los cambios sutiles y que describa su experiencia con cada cambio. En su extremo, este movimiento se convierte en la posición fetal, que a menudo está vinculada al colapso vagal dorsal. Haz que tu paciente llegue justo al límite de

la seguridad, el lugar en el que el estado pasa de ser enriquecedor a agotarse. Este es el momento en que el freno vagal ya no puede funcionar con eficacia. En ese punto, haz que tu paciente comience a extenderse lentamente, volviendo al centro y notando los cambios leves que acompañan a los cambios de postura.

- Invita a tu paciente a que vuelva a conectar con su ancla vagal ventral y a que descanse en el centro nuevamente.

- Luego, pídele que haga una transición lenta hacia el exterior, estirando los brazos hacia arriba y hacia afuera, levantando la barbilla, mirando hacia el cielo y arqueando la espalda mientras sigue de cerca su estado autónomo. En su extremo, este movimiento acarrea la inseguridad de la vulnerabilidad con el pecho y la garganta expuestos, pero antes de alcanzar ese estado, la extensión aporta una sensación de animación, determinación y alegría. Pide a tu paciente que haga un seguimiento de estos cambios sutiles y que describa la experiencia, deteniéndose nuevamente cuando llegue al límite de la seguridad. Aquí es donde el freno vagal ya no puede mantener el sistema en regulación y el estado cambia de energizante a abrumador. En ese punto, pide a tu paciente que comience el lento retorno de la extensión hacia el centro nuevamente y que te cuente los cambios sutiles que acompañan a cada pequeño movimiento.

El movimiento entre las posturas central, interior y exterior es una forma natural de ejercer el freno vagal. Los pacientes pueden moverse a través de la secuencia completa o elegir entre doblarse o extenderse haciendo un seguimiento de los cambios a cada momento y conectarse al rango de experiencias vagales ventrales que se encuentran “entre los límites”. Como práctica, estos movimientos ofrecen a tus pacientes una manera directa de conectar con los poderes restauradores de la calma vagal ventral y con los poderes expansivos del entusiasmo vital vagal ventral.

EXPERIMENTAR CON ELEMENTOS DEL SISTEMA DE COMPROMISO SOCIAL

> *Cada contacto con un ser humano es tan excepcional, tan precioso, que deberíamos preservarlo.*
>
> ~ Anaïs Nin

La expresión facial, la mirada, el tono de voz y la inclinación de la cabeza son señales de seguridad, mientras que la ausencia de estos elementos constituye una señal de peligro que desencadena estados autónomos de protección.

La experiencia cuando estos signos están presentes aporta la sensación de estar en compañía de un amigo que genera historias de seguridad y conexión, mientras que su ausencia genera historias de peligro y aislamiento y la sensación de estar cerca de un extraño o incluso de un enemigo. Es el sistema de compromiso social, compuesto por los nervios craneales V, VII, IX, X y XI, el que organiza esta experiencia autónoma.

EJERCICIO

EL EXPERIMENTO DE LAS GAFAS DE SOL

Comprender las emociones a partir de las expresiones faciales forma parte de la reciprocidad social, y al procesar los rasgos faciales, los ojos son los que atraen la mayor atención (Chelnokova et al, 2016;. Domes, Steiner, Porges y Heinrichs, 2012). Esta experiencia emplea gafas de sol para enmascarar las señales que envía la musculatura que hay alrededor de los ojos (el músculo orbicular) y que los ojos buscan para conectar. El ejercicio utiliza elementos del sistema de compromiso social (mirada fija, expresión facial, giro e inclinación de la cabeza y vocalización) para experimentar con señales de seguridad y peligro. Durante cada paso de la secuencia, realiza un seguimiento activo de las respuestas autónomas. Tómate tiempo después de cada paso para hablar sobre la experiencia autónoma y, al final del ejercicio, asegúrate de que haya un retorno completo a la corregulación y la conexión.

Aunque parece un ejercicio simple, el experimento de las gafas de sol ofrece respuestas autónomas poderosas. Este ejercicio resalta el poder de la neurocepción para crear historias de miedo, ansiedad y desconfianza. Incluso dentro de una relación sintonizada duradera, cuando los ojos están ocultos surge rápidamente una sensación de inseguridad acompañada de la historia autónoma de que el entorno ahora es peligroso. El ejercicio también habla del poder del sistema de compromiso social para restablecer la seguridad y la conexión. A medida que se revelan los ojos y se vuelven a agregar los sonidos, el sistema nervioso autónomo se relaja y se produce la reconexión.

Este ejercicio es apropiado para experiencias individuales, de pareja, familiares y grupales. En un entorno mayor que la díada terapeuta-paciente, el terapeuta pasa de participante a facilitador.

- Tanto el terapeuta como el paciente se ponen unas gafas de sol de cristal oscuro que ocultan sus ojos y se miran el uno al otro con una cara inexpresiva, con la cabeza inmóvil y sin vocalización. Esto restringe efectivamente las señales de seguridad enviadas desde el sistema de compromiso social.

- El paciente se quita las gafas de sol mientras que el terapeuta continúa usando las suyas. Primero el terapeuta mantiene una cara inexpresiva y la cabeza inmóvil y permanece en silencio antes de adoptar una expresión facial, de girar o inclinar la cabeza y de proferir sonidos de conexión a través de expresiones vocales (“ahhh”, “mmmm”, “ohhhhh”).

- Después el paciente se pone las gafas de sol, el terapeuta se quita las suyas y repiten la secuencia, primero inhibiendo el sistema de compromiso social y luego activándolo.

- Finalmente, el paciente y el terapeuta se quitan las gafas de sol y conectan a través de la mirada, sonriendo, con una inclinación natural de la cabeza y con expresiones vocales. Esto aporta una sensación de alivio palpable, a menudo con una carcajada y un mayor acercamiento. Con el regreso de la corregulación, se restaura la sensación de seguridad vagal ventral.

Calidez

Con un sistema de compromiso social activo, tú tiendes la mano y tu paciente experimenta tu calidez. La calidez percibida es la cualidad más importante que utilizan las personas para decidir cómo responder a los demás, y esas decisiones se toman en fracciones de segundo (Fiske, Cuddy y Glick, 2006). Las personas que son percibidas como cálidas envían señales autónomas de seguridad e invitan a aproximarse y a conectar.

Los sistemas cerebrales y corporales que procesan la calidez social y física comparten caminos (Inagaki y Eisenberger, 2013). La temperatura física afecta a la forma en que percibimos e interactuamos con los demás; el calor físico fomenta el calor interpersonal (Williams y Bargh, 2008). Cuando no hay calidez social, tratamos inconscientemente de autorregularnos a través del calor físico. La temperatura de la piel en realidad cambia en respuesta a

experiencias de conexión o exclusión (Ijzerman et al., 2012), y la manipulación de la temperatura (añadir calor físico cuando no hay calidez social) puede cambiar la experiencia. Los ambientes cálidos, las duchas o baños calientes y sujetar bebidas o bolsas calientes cambian las impresiones sobre otras personas y generan un cambio positivo hacia la conexión (Williams y Bargh, 2008).

La reacción al calor físico y a la sustitución del calor social por el calor físico no es una elección consciente. Hacer explícitamente conscientes estas respuestas implícitas y explorar después con los pacientes las posibilidades de los momentos de calor físico puede añadir opciones para la autorregulación. El calor físico no puede reemplazar a la calidez social, pero puede disminuir la intensidad de una experiencia. El simple hecho de sostener una taza de té caliente aumenta la sensación física de calor, lo que aumenta la experiencia psicológica del calor. Una ducha o baño caliente puede reducir los sentimientos de exclusión social. Envolverse en una manta caliente puede moderar la sensación de aislamiento. La calidez del corazón es tanto una experiencia física como psicológica.

CAPÍTULO 13

LA REGULACIÓN VAGAL CON EL CEREBRO EN MENTE

Imagina una transitada autopista con cuatro carriles hacia el norte y un carril hacia el sur. Así trabaja el nervio vago: cuatro carriles de información sensorial que llevan mensajes del cuerpo al cerebro y un carril de respuesta motora que envía información del cerebro al cuerpo (Schwarz, 2018). El 80% de las fibras vagales son aferentes (cuerpo a cerebro) y canalizan un flujo de información "ascendente". El 20% restante son fibras eferentes (cerebro a cuerpo) que se originan en la corteza y terminan en los núcleos del sistema de compromiso social. Estas vías son las que crean oportunidades para la regulación descendente y mediante las cuales podemos participar en ejercicios neuronales para aumentar el tono vagal.

EL ARTE DE SABOREAR

Tu memoria será una morada para todos los dulces sonidos y armonías.

~ WILLIAM WORDSWORTH

Saborear es la práctica de dar vida a un momento positivo del pasado y apreciar intencionadamente los elementos individuales de la experiencia para generar y amplificar su efecto positivo. La práctica de "disfrutar de lo bueno"

de Rick Hanson (2009) es un bonito ejemplo. A través de una lente autónoma, saborear aporta energía el sistema vagal ventral. La experiencia de saborear es el resultado de un proceso (una secuencia que transforma un evento positivo en sentimientos positivos) y de unas creencias (la percepción de una persona de su capacidad para disfrutar de experiencias positivas) (Bryant, Chadwick y Kluwe, 2011).

Saborear se asocia a la regulación de las emociones (Carl et al., citado en Speer, Bhanji y Delgado, 2014). Recordamos por naturaleza y nuestra historia nos devuelve a momentos de felicidad. Dar vida a propósito a recuerdos positivos es una forma proactiva de mantener y profundizar en un estado vagal ventral. Activar recuerdos autobiográficos positivos nos ayuda a controlar el afecto negativo (Carl et al., citado en Speer et al., 2014), y saborear puede resultar importante para regular y mantener las emociones positivas, lo que a su vez fomenta el bienestar (Speer et al., 2014). Sin embargo, el hecho de saborear también puede ser algo regulador mediante una acción inhibitoria que amortigua la intensidad o acorta la duración de la experiencia positiva (Bryant et al., 2011). Las creencias de saborear de algunos pacientes no facilitan el fortalecimiento de una experiencia positiva y, en su lugar, inhiben la experiencia. Las expresiones del estilo "No puedo permitirme disfrutar de esto porque luego querré más" o "Lo bueno nunca dura" son ejemplos comunes de regulación a través de la inhibición.

Bryant y Veroff (citados en Jose, Lim y Bryant, 2012) identifican varias formas de aumentar y prolongar la experiencia de saborear. Dos de las estrategias identificadas que aumentan el valor de saborear son especialmente relevantes cuando se mira a través de una lente polivagal: compartir verbalmente la experiencia con otros, lo que añade reciprocidad a la habilidad, y centrarse en las sensaciones físicas de la experiencia, lo que mantiene el enfoque en la experiencia vagal ventral y en el sistema de compromiso social. A las personas que solo viven experiencias diarias positivas ocasionales

saborear momentáneamente les ayuda a sentir los destellos. Las personas que saborean constantemente pueden mantener un estado de ánimo positivo incluso en ausencia de eventos vitales positivos (Jose et al., 2012).

Participar en momentos de saborear es un ejercicio neuronal. Podemos introducirnos en esta habilidad percibiendo una experiencia que está sucediendo en el momento o por medio de una reminiscencia intencional. Podemos saborear el estado o saborear la experiencia. Saborear el estado limita la atención a las sensaciones de la actividad vagal ventral encarnada y utiliza la fisiología para enmarcar el acto de disfrute. Para muchos pacientes, saborear el estado supone el punto de partida: la cantidad justa de desafío neuronal para una experiencia satisfactoria. Saborear de esta manera separa el estado de cualquier otro elemento de la historia, lo que permite a un paciente percibir y nombrar y limitarse a estar con su estado autónomo como un evento fisiológico.

Una vez que los pacientes pueden saborear su estado, saborear la experiencia evoca las imágenes, sentimientos y pensamientos que conforman el momento vagal ventral añadiendo una apreciación de las formas en que se conectan sus sistemas fisiológicos y psicológicos.

En el trabajo clínico, los terapeutas pueden estar al tanto cuando surja un momento que saborear. Se trata de destellos que ocurren regularmente incluso en los casos más complicados y que a menudo pasan desapercibidos. Usar la estructura de saborear, buscar momentos vagales ventrales y pararse a observarlos durante un tiempo transmite a tus pacientes la importancia de reconocer los momentos de regulación. No se trata de descontar o minimizar el sufrimiento de un paciente, sino que es un acto intencional de recordar e involucrar su recurso biológico inherente. En el centro de las vidas saturadas de trauma, hay micromomentos de seguridad y conexión vagal ventral que son dignos de saborear. Una vez que los pacientes entienden la ciencia de saborear

y se acostumbran a pararse y hacerlo, comienzan a buscar momentos que saborear por su cuenta.

EJERCICIO

SABOREAR EL ESTADO

- Llama la atención sobre un momento de regulación vagal ventral.
- Permanece presente en el sentido físico de este estado (por ejemplo, la respiración, los latidos del corazón, el calor, el movimiento de energía, una sensación de espacio interno).
- Imagina que tu freno vagal trabaja sin esfuerzo, sin problemas, manteniendo en movimiento el flujo de energía vagal ventral.
- Pon toda tu atención en disfrutar plenamente de este estado. Permanece en la experiencia de saborear entre 20 y 30 segundos.

Si las respuestas simpáticas o vagales dorsales comienzan a entrometerse, dirige la atención de tu paciente a activar el freno vagal para preservar el momento de saborear. Puedes invitar a tu paciente a sentir la energía de su freno vagal regulando con seguridad el momento de saborear. Antes de comenzar una práctica de saborear, puede ser útil ayudar primero a tu paciente a crear una imagen de su freno vagal relajándose y volviendo a activarse. Luego, cuando sea necesario, puedes usar la imagen para ayudar a tu paciente a mantener la experiencia de saborear. Algunas de las imágenes comunes que los pacientes suelen crear para el freno vagal son los frenos de una bicicleta y un puente o una puerta que se abre y se cierra.

EJERCICIO

SABOREAR LA EXPERIENCIA

Presta atención a un momento de regulación vagal ventral.

- Siente el momento en tu cuerpo y luego evoca las imágenes, los sentimientos y los pensamientos que acompañan al momento.

- Recibe activamente la plenitud de la experiencia: vista, sonido, emoción, creencia y cuerpo. Invita a la fisiología y a la historia a moverse juntas.

- Dirige toda tu atención a la experiencia durante 20-30 segundos.

Si las respuestas simpáticas o vagales dorsales comienzan a interferir al saborear la experiencia, pide a tu paciente que comparta contigo los elementos individuales de su experiencia. A menudo, decir en voz alta las partes de la experiencia de saborear es suficiente para que los pacientes vuelvan a la experiencia vagal ventral.

Aunque saborear de 20 a 30 segundos parece fácil, para algunos pacientes esos 20 segundos, incluso con apoyo, son un reto demasiado grande para la capacidad de su freno vagal. Si saborear pasa de ser una experiencia cada vez más profunda a convertirse en una experiencia inhibidora, los beneficios de saborear se pierden. Ayuda a tus pacientes a saborear respetando su propia línea temporal autónoma. Con la práctica, la capacidad del freno vagal aumenta y los pacientes pueden saborear de forma más prolongada. Con los pacientes que no tienen problemas con los 30 segundos y que pueden saborear mucho más tiempo, mantente en el marco de tiempo de 20-30 segundos. Estos ejercicios están destinados a ser momentos rápidos de búsqueda de recursos.

Compartir su historia de saborear es una forma en que los pacientes pueden fortalecer la experiencia. La experiencia cambia cuando se añade el lenguaje y se comparte dentro de una relación segura y sintonizada. La revivimos al volver a contarla. Cuando los terapeutas invitan a sus pacientes a compartir la experiencia de saborear, los pacientes suelen referir que la experiencia se está expandiendo y extendiendo. Fuera de las sesiones, tus pacientes pueden compartir su experiencia con alguien en quien puedan confiar para que les responda con interés.

Anima a tus pacientes a detenerse y saborear cada vez que noten un momento vagal ventral que deseen marcar. Si bien la adición de reciprocidad al proceso de saborear puede aumentar y prolongar la experiencia, la secuencia de saborear sin el componente de compartir también es beneficiosa como práctica individual (Bryant y Verdoff, citados en Jose et al., 2012).

EJERCICIO

EL SIFT COMO RECURSO

Dan Siegel (2010) utiliza el acrónimo SIFT (del inglés “sensations”, “images”, “feelings” y “thoughts”) para hacer conscientes las sensaciones, las imágenes, los sentimientos y los pensamientos en una práctica de identificación de actividades mentales y pasar a un proceso de discernimiento. El discernimiento es un método de desidentificación, y el SIFT utilizado de esta manera es un proceso de separación. El SIFT también puede utilizarse como un proceso de incorporación. Su uso para saborear una experiencia vagal ventral une la sensación, la imagen, el sentimiento y el pensamiento y crea un recurso al que se puede volver a voluntad.

Pat Ogden (2015), en su modelo de psicoterapia sensoriomotriz, utiliza los “cinco bloques de construcción de la experiencia del momento presente” (pensamientos, emociones, movimientos, sensaciones corporales, percepción de los cinco sentidos) para aportar atención plena a una experiencia positiva. Esta acción de llamada proporciona un momento vagal ventral de manera similar al siguiente ejercicio de SIFT.

Crear un SIFT

En el ejercicio SIFT, los cuatro elementos (sensación corporal, imagen, sentimiento emocional y pensamiento) se agrupan para crear una experiencia psicológica y fisiológica integrada del compromiso vagal ventral. Hay dos formas de encontrar una experiencia para el ejercicio SIFT. Una es escuchar una historia de seguridad y conexión durante la sesión de terapia y elegir ese momento para el SIFT. Una segunda forma es decidir participar en el ejercicio SIFT y hacer que tu paciente recupere activamente un recuerdo vagal ventral que usar.

- Una vez que la experiencia con el SIFT se haya acordado, haz que tu paciente cuente la historia del recuerdo y, juntos, escuchad el elemento (sensación, imagen, sentimiento, pensamiento) que parezca más vivo y accesible para comenzar el ejercicio SIFT. No importa dónde comience el proceso SIFT. Una vez identificado el punto de inicio, comienza el proceso repitiendo la afirmación de tu paciente para ese elemento. Después se añaden las capas restantes con un elemento cada vez.

- A medida que tu paciente comparta cada elemento, repite la descripción devolviéndole sus propias palabras para que pueda recibir la experiencia. Conforme se añada cada elemento sucesivo, genera las capas del SIFT repitiendo la secuencia completa cada vez. De esta manera, mantienes el SIFT con tu paciente, le expresas de vuelta su propia y rica descripción de cada capa y construyes su experiencia vagal ventral.

- Cuando las cuatro capas estén completas, cuéntale a tu paciente el SIFT completo e invítalo a que se relaje en él y a que deje que llene su cuerpo y su mente.

- Pide a tu paciente que ponga título a su SIFT como forma de volver a conectar fácilmente con el nuevo recurso y escribe el título y las capas en una tarjeta para que tu paciente se la lleve.

Playa	Seguridad
S: la sensación de la arena caliente bajo mis pies	**S:** espacio para respirar en mi pecho
I: largo tramo de playa con olas suaves	**I:** de pie bajo el sol
F: feliz	**F:** abierto
T: estoy en casa	**T:** estoy bien

Una vez que se ha creado un SIFT, el siguiente paso es probarlo y fortalecer su disponibilidad como recurso. Peter Levine (2010) desarrolló la idea de utilizar la pendulación (oscilación entre dos puntos) como una forma de moverse segura e intencionadamente entre la activación y la comodidad. Al fortalecer el SIFT, usa la pendulación para ejercitar el freno vagal. Por naturaleza, los pacientes tienden a volverse hacia uno de los elementos del SIFT y lo identifican como el camino más fácil para involucrarse. El primer paso para explorar el uso de la pendulación es identificar cuál de las cuatro capas es la más fácil de activar para el paciente cuando comienzan a recrear el SIFT.

- Ayuda a tu paciente a dar vida al SIFT mediante la narración de los cuatro elementos.

- Luego pide a tu paciente que identifique una experiencia que aportará un "reto neuronal" para ejercitar su freno vagal. Tu paciente puede optar por decirte cuál es el desafío, pero no es necesario. En este ejercicio, el desafío autónomo solo se utiliza como una forma de ejercitar el freno vagal y aumentar la flexibilidad vagal ventral. Esta primera prueba debería ser un pequeño desafío, lo suficiente como para aportar un poco de desregulación autónoma.

- Tu paciente pasa del estado vagal ventral del SIFT a una mayor influencia de su sistema simpático o vagal dorsal, prestando atención al desafío identificado y diciéndote cuándo percibe el cambio del estado autónomo.

- En cuanto tu paciente identifique su cambio de estado, ayúdalo a activar su freno vagal y a regresar a la regulación vagal ventral recordando el SIFT. Comienza describiendo el elemento que tu paciente identificó como el camino más fácil para regresar y luego añade las otras capas hasta que el SIFT completo se haya recreado y tu paciente identifique un retorno a la regulación vagal ventral.

- Repite el proceso de pendulación en una experiencia de prueba diferente con el mismo grado de reto neuronal o algo mayor dependiendo de la respuesta de tu paciente. Es importante que tu paciente no pase a un estado simpático completamente movilizado o a un colapso vagal dorsal. El objetivo es liberar y volver a accionar con éxito el freno vagal y aumentar la confianza de tu paciente en su capacidad para volver a la regulación.

- Si a tu paciente le cuesta mucho volver a la regulación de su SIFT, usa tu sistema de compromiso social para enviar señales de seguridad más fuertes (mayor uso de la prosodia, uso de la proximidad, expresión facial).

- Al final del ejercicio, revisa la experiencias del SIFT y de la pendulación, prestando atención explícita a las capacidades de frenado vagal de tu paciente y a su capacidad para moverse con éxito entre los estados.

Si bien el SIFT no se usa para resolver una experiencia desafiante, se puede usar para explorar cómo aportar más regulación vagal ventral a un próximo evento que un paciente identifique como angustioso. Los pacientes pueden crear muchos SIFT en el transcurso de la terapia. Al escribir cada uno en una ficha, el paciente tiene una manera simple y accesible de recordar y reconectar con sus recursos de SIFT. Yo suelo usar fichas de colores fluorescentes, ya que facilitan a mis pacientes un seguimiento y pueden crear pilas de colores con el tiempo. En aras de la reciprocidad, les escribo el SIFT a mis pacientes y se lo entrego, con lo que añado mi propia energía vagal ventral.

EJERCICIO

TRES NUEVAS FORMAS

Desde un estado vagal ventral, la curiosidad nos lleva a la exploración, al compromiso y al significado a través de un proceso reflexivo y ascendente. También tenemos acceso a la curiosidad descendente, que puede usarse para explorar intencionalmente eventos nuevos y desafiantes (Kashdan, Sherma, Yarbro y Funder, 2013). La curiosidad se da cuando existe la creencia de que hay nueva información disponible y de que la exploración de la nueva información es manejable (Kashdan et al., 2013). Desde una perspectiva autónoma, podemos sentir curiosidad cuando nuestra neurocepción es de seguridad. Para muchos pacientes, cualquier cosa nueva equivale a peligro. La flexibilidad de respuesta necesaria para fomentar la curiosidad ha sido reemplazada por la rigidez de las reacciones de supervivencia adaptativa.

Los ejercicios que invitan a los pacientes a buscar nueva información deben ajustarse para que el sistema nervioso autónomo no recurra a las respuestas de supervivencia protectoras y mantenga la influencia vagal ventral suficiente como para aportar curiosidad al proceso.

A medida que los pacientes comienzan a moldear activamente sus patrones de respuesta autónoma, encontrar y sentir pequeños cambios es una parte importante del proceso de volver a generar patrones. La manera de cambiar el pensamiento y de remodelar el comportamiento es a través de cambios que no son ni demasiado extremos ni demasiado leves (Berger, 2016). Siguiendo el principio de Ricitos de Oro, lo que se percibe como muy diferente activa el miedo, y si es demasiado similar, no se registra una necesidad de cambio; pero si difiere en la medida justa, resulta lo suficientemente seguro como para acercarse. Cuando se trabaja con un cambio incremental, es esencial hacer hincapié en las pequeñas diferencias (Berger, 2016). Sin observación, los pacientes a menudo se pierden los momentos de cambio sutil y recurren en su lugar a las respuestas habituales y familiares. Cuando la desregulación ha sido la respuesta habitual, los pacientes necesitan una forma de buscar con seguridad los micromomentos de regulación autónoma. El ejercicio de las tres nuevas formas es una práctica diaria que apoya a los pacientes en este proceso.

El número tres es importante para hacer juicios y predicciones (Carlson y Shu, 2007). La "regla del tres" indica que el tercer evento repetido es un punto fundamental para percibir un patrón emergente (Carlson y Shu, 2007). Como los pacientes están atrapados en patrones de respuesta habituales, percibir un nuevo patrón es tan esquivo como esencial. Al emplear la regla del tres para guiar la práctica, pide a tus pacientes que se tomen un tiempo al final de la jornada para revisar sus respuestas autónomas. ¿Ha habido momentos en que su reacción no haya sido exactamente la misma? ¿Cuándo respondieron de una manera ligeramente diferente? ¿En qué momentos su estado autónomo no parecía tan intenso? ¿Cuándo cambió un poco la historia? Estos son los micromomentos importantes que están interrumpiendo antiguos patrones de respuesta familiares y que indican que el cambio está ocurriendo. Mantener un registro diario de sus "tres nuevas formas" brinda a los pacientes una forma de rastrear los cambios en su estado autónomo y las historias que los acompañan. A menudo hago que mis pacientes compartan sus tres nuevas formas diarias conmigo para que podamos hacer un seguimiento juntos. Una paciente me dijo que, aunque todavía no podía imaginarse lo que ella llamaba "momentos de FELICIDAD en mayúsculas", había descubierto que ahora estaba experimentando bastante "diversión en minúsculas". Con el tiempo, los pacientes pueden ver cómo se estabilizan los nuevos patrones y comienzan a confiar en que no son aberraciones, sino que se han convertido en sus respuestas habituales.

EJERCICIO

CONTINUOS

Ser o no ser.

~ WILLIAM SHAKESPEARE

Pensamos en términos de categorías y continuos. Al emplear el pensamiento categórico, asignamos personas y cosas a categorías en puntos opuestos de un extremo, configurando así cómo percibimos los sentimientos y nos involucramos con los demás (Satpute et al., 2016). Por el contrario, el pensamiento continuo llama la atención sobre los matices y la sensación de que es posible el movimiento a lo largo de una gradación de respuesta (Master, Markman y Dweck, 2012). El trauma a menudo crea un pensamiento categórico, de todo o nada. No hay término medio. La creación de continuos (plantilla en p. 255) es una forma de que los pacientes identifiquen los puntos finales y exploren las transiciones graduales que ocurren entre dos extremos distintos. Al usar los extremos de regulación y desregulación, los pacientes pueden explorar lo que a menudo es el territorio desconocido de la regulación y el espacio entre la conexión y la protección.

- Ayuda a tu paciente a elegir una experiencia o creencia habitual en la que centrarse y pídele que nombre el extremo familiar del continuo y que luego considere qué palabra podría describir el extremo opuesto. Las palabras para los extremos opuestos de un continuo son personales para cada paciente y a menudo son inesperadas (destrozado-comprometido, desolado-conectado, devastación-paz).

- Una vez que se haya creado el continuo, invita a tu paciente a comenzar a explorar el espacio entre los extremos. ¿Qué sucede cuando piensa en moverse hacia adelante y hacia atrás a lo largo del continuo? ¿Cómo cambia su estado autónomo? ¿Cómo cambia su historia? ¿Qué se interpone en el camino de las transiciones?

- Ayuda a tu paciente a nombrar lugares a lo largo del continuo y añade esas palabras al dibujo. Comienza en un extremo y muévete lentamente hacia el otro extremo. Invita a tu paciente a descansar en cada lugar, a sentir la experiencia autónoma y a compartir la historia.

EJERCICIO

VER A TRAVÉS DE LOS ESTADOS

Cuando se ve a través de cada uno de los estados autónomos, una sola experiencia genera tres versiones diferentes del evento. Los estados individuales colorean los sentimientos, permiten y restringen los comportamientos y crean sus propias historias características. La historia vagal ventral incluirá elementos de seguridad y cuidado. El sistema nervioso simpático escribirá una historia de ansiedad, ira y acción. La descripción vagal dorsal será de colapso y pérdida de esperanza. Ver a través de cada uno de los estados autónomos ayuda a los pacientes a comprender más profundamente las formas en que el estado crea la historia.

- Elige una experiencia.
- Crea una afirmación simple para describirla.
- Enuncia esa afirmación como si estuvieras hablando desde cada estado. Las mismas palabras sonarán muy distintas y transmitirán diferentes significados cuando se digan desde cada uno de ellos.
- Observa el sonido, el sentimiento y la historia, y compara las tres experiencias.

Las experiencias de desconexión y conexión son situaciones comunes, lo que las convierte en buenas opciones para experimentar. Por ejemplo, para una experiencia de desconexión, la afirmación sencilla podría ser "Ya está". Desde un estado vagal dorsal, suena incolora, podría parecer como retirarse derrotado y podría revelar una historia acerca de no volver a encontrar nunca la conexión. Desde un estado simpático, las palabras suenan nerviosas y ásperas, pueden implicar rechazo y crear una historia sobre alejarse con ira. Desde un estado vagal ventral, las palabras transmiten el sonido de la bondad, el sentimiento puede ser de compasión y la historia puede tener un final elegante.

Una declaración de conexión podría ser "De acuerdo". Desde un estado vagal dorsal, la declaración suena sin vida, puede parecer una sumisión y puede traer consigo la historia de seguir adelante porque en realidad da todo igual. Desde un estado simpático, las palabras suenan estridentes, incluso agresivas, y pueden acarrear una historia acerca de una concesión involuntaria. Desde un estado vagal ventral, el sonido es de unión, con un sentimiento de alegría y una historia de conexión.

ESTADO INTERMEDIO

El camino que tomaste para llegar hasta aquí se ha desvanecido; el camino que tienes por delante todavía está oculto a tus ojos.

~ JOHN O'DONOHUE

La experiencia de volver a pautar activamente el sistema nervioso es de transición. El pasado ya no parece real, pero el futuro no se ha dado a conocer. Los pacientes reconocen que su nuevo estado autónomo no encaja con su historia anterior. Esta discrepancia entre el estado y la historia pone en movimiento una experiencia de sentirse sin ataduras, sin fundamento, sin saber cómo relacionarse con los demás ni cómo moverse por las experiencias de la vida diaria. A medida que los pacientes configuran sus sistemas nerviosos hacia una mayor regulación vagal ventral, es como si fueran trapecistas en vuelo. Soltar el primer trapecio y volar hacia el siguiente aporta un momento de duda. ¿Aparecerá la barra? ¿Estaré listo para cogerla? Los terapeutas acompañan a los pacientes en ese salto de fe. Trabajando a través de una lente autónoma, ayudan a sus pacientes a tolerar ese estado intermedio y a conseguir que surjan los nuevos estados mientras que confieren un espacio y un tiempo a sus nuevas historias para que tomen forma.

CAPÍTULO 14

ESTADOS ENTRELAZADOS

Guiados por los tres circuitos del sistema nervioso autónomo, nos movemos a través de los momentos de conexión y protección en busca de seguridad. Si bien la mayoría de las respuestas autónomas se entienden a través de la conexión vagal ventral, la movilización simpática o la inmovilización vagal dorsal, también hay experiencias que involucran interacciones complejas de más de un estado autónomo. Para muchos pacientes, las experiencias que requieren la cooperación entre los estados implican una intensidad que supone un desafío demasiado grande para su sistema nervioso. Cuando la capacidad autónoma para fusionar estados es limitada, nuestros pacientes extrañan la riqueza del juego, la ternura de la calma y la inspiración del asombro y la elevación.

LA MAGIA DEL JUEGO

Saber jugar es un feliz talento.

~ RALPH WALDO EMERSON

Al juego se le ha llamado "el lenguaje universal de la infancia". Para muchos pacientes, se trata de un idioma perdido. Nacemos con el instinto de jugar,

pero “el juego solo ocurre cuando uno está seguro y se siente bien, lo que lo convierte en una medida excepcionalmente sensible para todas las cosas malas” (Panksepp y Biven, 2012, p. 355). El juego es reconocido universalmente como una importante contribución a la salud y al bienestar de un niño y está incluido en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño como un derecho de todos los niños. Los niños privados de oportunidades para jugar son menos resistentes, tienen problemas con las amistades y presentan dificultades con la regulación autónoma y emocional (Milteer y Ginsberg, 2012). El impulso hacia el juego no acaba en la infancia. Jugar sigue dando forma a nuestros cerebros y cuerpos. Los adultos que no juegan son menos curiosos, menos imaginativos y pierden la sensación de alegre compromiso con la vida diaria (Brown y Vaughn, 2009).

El juego es un ejercicio neuronal que fortalece la capacidad de transición flexible entre actividad y calma (Porges, 2015b). Sin embargo, para muchas personas las oportunidades de jugar aportan las energías desreguladoras de una respuesta de supervivencia en lugar de la anticipación vagal ventral. El juego evoca respuestas a lo largo del continuo entre la conexión y la protección, a veces avivando el sistema de compromiso social y otras desencadenando una respuesta protectora. Las respuestas autónomas al juego están moldeadas por historias personales de juego. Para los supervivientes del trauma, las experiencias que son impredecibles e inesperadas conllevan indicios de peligro, y como el juego es espontáneo y flexible (Panksepp y Biven, 2012), pone a prueba la capacidad de un superviviente al trauma para mantener la regulación autónoma, para participar en experiencias recíprocas y para mantenerse conectado con seguridad. Muchos pacientes evitan jugar y, cuando deciden probar, la experiencia puede pasar rápidamente de la diversión al miedo. El juego es una mezcla de dos estados autónomos que se hacen posibles cuando el compromiso social vagal ventral y la movilización simpática trabajan juntos (Porges, 2009b). El freno vagal se relaja, lo que

permite la movilización simpática del juego, y luego se vuelve a conectar antes de que la movilización pase del juego a la protección. Imagina a estos dos sistemas cogidos metafóricamente de la mano: si se pierde esa conexión, la vitalidad del juego pasa rápidamente de la seguridad al peligro.

El juego polivagal requiere "interacciones recíprocas y sincrónicas utilizando el sistema de compromiso social como un 'regulador' del comportamiento de movilización" (Porges, 2015b, p. 5). Desde una perspectiva polivagal, el juego es una experiencia cara a cara, en el momento presente, durante la cual el sistema nervioso autónomo se mueve entre una mayor influencia del sistema nervioso simpático y la inhibición activa a través del freno vagal. La frase "no juega bien con los demás" describe a un paciente cuya neurocepción aporta señales de peligro que sobrepasan las capacidades de su freno vagal cuando intenta participar en las experiencias de corregulación que son inherentes al juego interactivo.

La práctica del juego

Las oportunidades de juego seguras e interactivas tonifican el sistema nervioso. A través de experiencias repetidas, se fortalece la capacidad del sistema de compromiso social para regular las reacciones. Los pacientes se vuelven más regulados de forma autónoma y más resistentes ante el estrés. El juego suele ser un componente al que no se presta la debida atención en la terapia con adultos y, sin embargo, al conocer las formas en que el juego interactivo da forma al sistema nervioso, resulta innegable el valor que el juego agrega a la calidad de vida de un paciente.

EJERCICIO

EXPLORAR UN HISTORIAL DE JUEGOS

El Instituto Nacional para el Juego de los Estados Unidos (www.nifplay.org) identifica siete patrones de juego. Aunque cada patrón de juego se puede implementar de manera recíproca y sincrónica, solo la sintonía y el juego social son necesariamente interactivos y, por lo tanto, crean previsiblemente una experiencia de juego polivagal.

- Juego de sintonía (la primera experiencia de juego con la mirada entre el bebé y su madre, experiencias continuas de resonancia ocular).
- Juego de cuerpo y movimiento (juego dinámico).
- Juego de objetos (experiencia temprana con la manipulación de objetos, experiencias comunes de adolescentes o adultos relacionadas con la tecnología).
- Juego social o interactivo (dos o más personas con la participación del sistema de compromiso social).
- Juego imaginativo o imaginario (crear un sentido diferente de la historia y del lugar)
- Juego narrativo (escuchar y contar historias personales).
- Juego creativo o de fantasía (que trasciende la realidad ordinaria; usa la fantasía para moldear y remodelar ideas).

Mediante la ficha de patrones de juego (plantilla en p. 257), explora con tu paciente sus experiencias con cada patrón de juego. ¿Qué patrones de juego están presentes y ausentes en su historia y en la actualidad? ¿Qué temas son evidentes?

EJERCICIO

CREAR UN PERFIL DE JUEGO PERSONAL

¿Cuáles son las preferencias de juego de tu paciente? ¿Cuáles son las señales de seguridad y peligro que acompañan a las oportunidades específicas para jugar? ¿Qué creencias se construyen sobre sus experiencias autónomas con el juego? El perfil de juego personal especifica las "reglas de juego" generales que un paciente identifica como necesarias para poder movilizar la energía simpática mientras que a la vez usa su sistema de compromiso social para mantener una actitud lúdica. Con la práctica, el paciente se vuelve más hábil a la hora de regular el movimiento entre la activación y la calma, y las reglas del juego cambian. Invita a tu paciente a revisar periódicamente su perfil de juego para hacer un seguimiento de los cambios y actualizar sus reglas.

Usa la ficha del perfil de juego personal (plantilla en p. 259) para ayudar a tus pacientes a identificar las señales de seguridad y de peligro para cada una de las categorías de juego. Incluye tanto las señales del entorno como las relacionales. ¿Cuáles son sus preferencias de juego? ¿Qué elementos aportan el grado adecuado de desafío neuronal a una experiencia lúdica?

Experimentar con el juego

El historial y el perfil de juego hacen que la respuesta al juego del paciente sea consciente. Con esta información, los pacientes pueden comenzar a experimentar de manera segura con los momentos lúdicos. Imaginar una experiencia de juego polivagal suele ser una forma segura de comenzar. Ya sea en voz alta o como experiencia interna, los pacientes usan sus mapas autónomos para rastrear su respuesta y ajustar las imágenes para mantenerse dentro del grado correcto de desafío neuronal con el fin de mantener la actitud de juego.

Introduce una actitud lúdica en tus sesiones de terapia. Experimenta con bromas suaves en ambas direcciones o encuentra una experiencia que genere risas compartidas. Los momentos de juego en persona a menudo son más activos que la experiencia de juego imaginada. Como tú estás presente e involucrado activamente en el juego interactivo, tu paciente puede ampliar sus límites y aventurarse hacia el límite en el que el juego pasa de la diversión al peligro. A medida que tu paciente rastrea sus cambios de estado autónomo, usa tu sistema de compromiso social para enviar señales de seguridad que ayuden a tu paciente a permanecer en el juego y alejado de la protección.

Incorporar el juego interactivo al proceso terapéutico ofrece a los pacientes un ejercicio neuronal efectivo para tonificar el sistema nervioso. A través de las repetidas oportunidades para el juego polivagal, el sistema de compromiso social se fortalece, y tus pacientes experimentan un aumento en su capacidad de subregular su movilización simpática de una forma rápida y eficiente. Anhelamos jugar desde la infancia hasta el final de nuestras vidas. No nos nutrimos jugando con pantallas, sino en la conexión con los demás, en la resonancia entre sistemas nerviosos autónomos.

LA TERNURA DE LA CALMA

Con la calma llega la bendición de la paz.

~ ECKHART TOLLE

Dependemos los unos de los otros para sobrevivir. Necesitamos poder desarmar nuestras defensas y alcanzar una experiencia compartida de inmovilización segura, primero para satisfacer nuestras necesidades de nutrición temprana y luego para los momentos continuos de conexión íntima. ¿Cómo nos movemos hacia la tranquilidad sin estimular el cierre? A través de una perspectiva polivagal, la calma es posible cuando los antiguos circuitos vagales dorsales y los nuevos circuitos vagales ventrales colaboran. Esta mezcla de estados permite la experiencia de la inmovilización sin miedo. A lo largo de la evolución, el sistema de inmovilización se ha modificado para satisfacer necesidades íntimas (Porges, 2009b). Se puede reclutar al circuito vagal dorsal para fomentar comportamientos sociales que requieren calma. Cuando las acciones de inmovilización se juntan con sentimientos de

conexión (sentimientos que no desencadenan defensas), entonces es posible la inmovilización sin miedo (Devereaux, 2017).

Las experiencias de inmovilización sin miedo aparecen en muchas formas. El acto de sentarse en silencio con alguien sin sentir la necesidad de llenar el espacio con palabras es un indicio de sentirse seguro en la calma. La capacidad para la autorreflexión requiere volverse hacia adentro y calmarse. Todos los días, se espera que pasemos de la acción a la calma mientras interactuamos con sistemas más grandes. Estas experiencias son difíciles para las personas cuyos sistemas nerviosos envían señales de peligro en cuanto se da el más mínimo movimiento hacia la inmovilización. El reto se vuelve mayor cuando la experiencia de inmovilización sin miedo incluye el contacto físico (cogerse de la mano, abrazarse, bailar en pareja, la intimidad sexual). Incluso dormir al lado de un ser querido es una prueba de la capacidad de inmovilizarse sin miedo. La seguridad en la quietud requiere que el vago ventral frene los movimientos de escape del sistema nervioso simpático y se una al sistema vagal dorsal mientras inhibe su movimiento hacia la disociación protectora.

Para muchos pacientes, el desafío autónomo de calmarse de forma segura aún es demasiado grande. Sin suficientes señales de seguridad de otro sistema de compromiso social para la corregulación o sin la capacidad de regulación individual a través de un freno vagal fiable, el sistema nervioso autónomo sale rápidamente de la conexión y entra en el colapso y la disociación. A través de experimentos autónomos diseñados para crear micromomentos de inmovilización sin temor, los patrones de respuesta autónoma pueden reformarse para fomentar la seguridad y la confianza en las conexiones íntimas.

EJERCICIO

EXPLORAR LA HISTORIA DE TRANQUILIDAD

Nómbralo

Las palabras ofrecen un acceso suave a la experiencia autónoma. Esta experiencia descendente de calma es a menudo el punto de partida seguro para los pacientes.

- Experimenta con diferentes palabras que describan la experiencia de estar inmovilizado con seguridad (por ejemplo, calmado, tranquilo, inactivo, en reposo, abrazado, sostenido). Haz que tu paciente perciba su respuesta autónoma a cada palabra y las creencias que acompañan al estado. Ayuda a tu paciente a encontrar una palabra que aporte seguridad a su experiencia de tranquilidad.

Obsérvalo

El uso de un estado observador para considerar una imagen es una manera de valorar una experiencia de exploración.

- Pide a tu paciente que describa una imagen de calma. ¿Qué aspecto tiene un momento seguro de inmovilización? Al pensar en la imagen, ¿puede aferrarse a su sensación de seguridad? ¿Qué palabras pueden anclar la experiencia?

Imagínalo

Las imágenes guiadas dan vida a la experiencia a través de múltiples sentidos y es una manera de experimentar con la plasmación de un estado de inmovilización sin miedo.

- Haz que tu paciente cree imágenes muy detalladas de sentirse inmovilizado con seguridad. Guíalo hacia una experiencia plasmada de las imágenes. Al principio, habitar la imagen durante un micromomento puede ser la experiencia “apropiada” del paciente. Ayúdalo a involucrarse en micromomentos repetidos y explora añadiendo más señales de seguridad para fomentar la capacidad de prolongar la experiencia de sentirse seguro.

Vívelo

Los experimentos en tiempo real dentro de la seguridad de la relación terapéutica ofrecen oportunidades para que los pacientes usen la corregulación para reclutar a su sistema vagal dorsal para inmovilizarse sin pasar a la protección.

- Haz que tu paciente explore la llegada de la tranquilidad física. Secuencia lentamente desde el movimiento hasta el descanso mientras se rastrean los cambios de estado autónomos. Los cambios autónomos pueden ser fuertes o sutiles, por lo que es importante prestar atención al seguimiento de cada momento. Pide a tu paciente que narre la experiencia autónoma y síguela con él.

- Busca momentos para sentaros juntos en silencio durante la sesión de terapia. Pasa a la calma a través de la conexión de tus propios circuitos vagales ventrales y dorsales y luego anima a tu paciente a percibir las señales de seguridad que está enviando tu tranquilidad. Apóyalo en el seguimiento de sus cambios autónomos. ¿Qué señales específicas ayudan a tu paciente a considerar el silencio como algo que conecta y que no implica una amenaza vital? Juega con cambios sutiles y sigue los cambios de estado y las historias que los acompañan.

- Si tu práctica incluye apretones de manos o cogerse de la mano, esas experiencias pueden usarse para explorar momentos de inmovilización sin temor.

Experimenta con ello

Encontrar formas de explorar momentos de inmovilización segura en la vida cotidiana hace que la práctica se extienda más allá de la hora de la terapia, lo que ofrece las oportunidades "pequeñas y frecuentes" necesarias para reformular los patrones de respuesta autónoma.

- Ayuda a tu paciente a crear una lista de pequeños experimentos para probar entre sesiones. Algunos ejemplos son la identificación de momentos para practicar la calma en situaciones sociales y laborales, la creación de un plan para acceder a breves momentos de autorreflexión, permitir periodos de silencio en una conversación, sentarse tranquilamente al lado de una persona o encontrar una persona segura con la que explorar el contacto físico, como cogerse de la mano o abrazarse.

La capacidad de inmovilizar sin activar la respuesta de miedo depende de la unión de fuerzas de las partes más antiguas y más recientes del sistema nervioso autónomo. Dentro de la historia de seguridad proporcionada por el

vago ventral y el sistema de compromiso social, el vago dorsal puede aportar su capacidad de calma.

ASOMBRO

> *Habita en la belleza de la vida. Observa las estrellas y mírate corriendo con ellas.*
>
> ~ Marco Aurelio

El asombro aporta una sensación de prodigio. Se encuentra "en los límites superiores del placer y en las fronteras del miedo" (Keltner y Haidt, 2003, p. 297). Nos sentimos pequeños y, al mismo tiempo, conectados a algo mucho más grande que nosotros mismos, y esta sensación de conexión nos conduce a una disposición para compartir y cuidar (Piff, Dietze, Feinberg, Stancato y Keltner, 2015). El asombro no nos honra a través de cosas materiales o de interacciones sociales, sino a través de experiencias ricas en información como las que se encuentran en la naturaleza, el arte y la música (Shiota, Keltner y Mossman, 2009). Nos sentimos sobrecogidos ante las montañas, las tormentas, los océanos, la repetición de las olas y los patrones de la naturaleza (Keltner y Haidt, 2003).

El asombro desafía nuestras formas ordinarias de pensar. Por un momento, salimos de nosotros mismos y de nuestras formas habituales de estar en el mundo. La mayoría de las experiencias de asombro no son de compromiso social, sino solitarias, y parecen fomentar un momento de calma que hace que el tiempo se antoje más lento (Rudd, Vohs y Aaker, 2012). Sin embargo, los efectos secundarios de las experiencias de asombro conducen a las personas a

un estado de curiosidad y a la conexión y sintonía con los demás. Físicamente, se ha descubierto que las experiencias de asombro predicen niveles más bajos de respuestas incendiarias (Stellar, Cohen, Oveis y Keltner, 2015), y en el día a día, los pequeños momentos de asombro predicen el bienestar en el futuro (Gordon, citado en Keltner, 2016). Mi práctica diaria de asombro es salir de casa de madrugada y quedarme bajo las estrellas, sintiéndome parte de algo tan grande que no puedo expresar. Luego localizo el Carro y me lo imagino recorriendo el mundo.

El asombro se encuentra tanto en momentos extraordinarios como en experiencias cotidianas. Estamos rodeados de oportunidades para experimentar pequeños momentos de asombro, y sin embargo, a menudo falta asombro en nuestras vidas. Como suele experimentarse en soledad, los pacientes que no tienen un apoyo social fiable pueden conectar con la experiencia de conseguir asombrarse. Las personas desean volver al entorno en el que experimentaron asombro (Shiota, Keltner y Mossman, 2009), por lo que alentar a los pacientes a volver a entornos pasados e inspiradores les invita a experimentar asombro de nuevo y los alienta a crear una práctica de apertura al asombro diario. El efecto positivo de los pequeños momentos de asombro hace que experimentarlo diariamente resulte una receta interesante para ayudar a los pacientes a desarrollar sus capacidades vagales ventrales.

Por lo general, disminuir la velocidad es un requisito previo necesario para reconocer el asombro, aunque a veces una experiencia puede inspirar tanto asombro que irrumple en nuestras ajetreadas vidas y nos deja pasmados. La música y el arte son formas predecibles y accesibles de asombrarse. La naturaleza, con su inmensidad y sus patrones repetitivos, lleva a las personas a sentir asombro de una manera fiable. Las experiencias de asombro nos hacen superar las limitaciones de nuestra experiencia diaria del *self*. Para los pacientes, esta perspectiva más amplia, esta sensación de estar conectados a algo más grande que ellos mismos, suele ser tranquilizadora.

EJERCICIO

CONECTAR CON EL ASOMBRO

Habla con tus pacientes sobre los beneficios del asombro y comenta con ellos la variedad de momentos inspiradores que suceden tanto en las experiencias extraordinarias como en las cotidianas. Ayúdalos a buscar asombro en sus experiencias diarias y a desarrollar una práctica personal diaria de asombro.

- Proponte encontrar un momento de asombro al día.
- Conecta con la naturaleza y busca pequeños momentos de asombro en los patrones que observes. Puedes hacerlo en entornos naturales o viendo imágenes de la naturaleza.
- Prueba a estar al aire libre y sentir la experiencia de ser un ente diminuto entretejido en la inmensidad del planeta.
- Experimenta con la música y encuentra composiciones que te produzcan asombro, sorpresa o veneración.
- Nos sentimos impulsados a regresar a los lugares en los que experimentamos asombro, por lo que llevar un registro es una manera de recordar esos lugares. ¿Dónde están tus lugares personales de asombro cotidiano que son fáciles de visitar? ¿Dónde están los lugares de asombro extraordinario?

ELEVACIÓN

> *Mi religión es la bondad.*
>
> ~ DALAI LAMA XIV

El asombro y la elevación forman parte de la misma familia de emociones. Thomas Jefferson describió la elevación como la forma en que la observación de un acto de caridad genera un fuerte deseo de participar en actos análogos de agradecimiento (Algoe y Haidt, 2009). Haidt describe la elevación como "un sentimiento cálido y edificante que las personas experimentan cuando presencian actos inesperados de bondad, amabilidad, valentía o compasión humanas. Hace que queramos ayudar a los demás y convertirnos en mejores personas" (Keltner y Haidt, 2003, p. 305). La elevación, con su enfoque social, tiene el potencial de enviar ondas de bondad al mundo a medida que el testigo de las buenas acciones se convierte en hacedor de buenas acciones (Haidt, 2000). Autónomamente, la experiencia de elevación activa dualmente los circuitos simpático y vagal ventral (Piper, Saslow y Saturn, 2015) y suele percibirse como piel de gallina, lágrimas en los ojos y calor en el pecho (Algoe y Haidt, 2009).

Escuchar historias de actos de bondad y ver vídeos de actos altruistas son formas de generar experiencias de elevación. Si, como propuso Jefferson, la elevación es una forma de "ejercitar nuestras disposiciones virtuosas y hacerlas más fuertes" (Jefferson, citado en Algoe y Haidt, 2009), entonces las experiencias de elevación son una forma de que los pacientes tonifiquen sus sistemas nerviosos.

Las vidas de los pacientes se enriquecen con las experiencias de juego, calma, asombro y elevación. Una o varias de estas importantes experiencias suponen un reto neuronal demasiado grande para los sistemas de muchos pacientes y, como consecuencia, carecen de estas conexiones enriquecedoras en sus vidas diarias. Sin la capacidad de jugar, de estar seguro en la calma, de experimentar el asombro cotidiano y de inspirarse mediante la elevación, se pierde algo de la vibración de cotidianidad. Estas complejas vías autónomas

son valiosas como formas de tonificar el sistema nervioso y también como partes esenciales de una vida bien vivida y bien amada.

SECCIÓN IV RESUMEN

> *La felicidad no es una cuestión de intensidad, sino de equilibrio, de orden, de ritmo y de armonía.*
>
> ~ THOMAS MERTON

El sistema nervioso autónomo es un sistema complejo capaz tanto de corregulación como de autorregulación. Nuestro primer movimiento es hacia la regulación a través de la conexión, pero si esas conexiones seguras no están disponibles o no son fiables, el sistema nervioso autónomo pasa a la autorregulación. Lo más habitual es que los pacientes acudan a terapia con sistemas nerviosos que están alejados de la conexión y que se acercan a la protección. Para muchos, la corregulación es algo desconocido y aterrador que debe evitarse, y sus intentos de autorregulación se basan en las respuestas de supervivencia de los sistemas simpático y vagal dorsal.

Con la guía que proporciona la teoría polivagal, puedes ayudar a tus pacientes a participar en las vías activas de la intervención autónoma para reformular esas respuestas habituales. Los capítulos de la Sección IV ofrecen opciones tanto interactivas como individuales para trabajar con los pacientes en el remodelado de sus vías autónomas. A medida que comiencen a remodelar sus sistemas nerviosos autónomos, empezarán a confiar en su capacidad para la corregulación y comenzarán a autorregularse desde un estado vagal ventral. Un sistema nervioso autónomo que corregula y se autorregula con facilidad crea la posibilidad de que los pacientes abandonen

sus antiguas necesidades de protección e incorporen un sistema que encuentra alegría en la conexión.

CONCLUSIÓN

La mayoría de las ideas fundamentales de la ciencia son esencialmente simples y, por lo general, pueden expresarse en un lenguaje comprensible para todo el mundo.

~ ALBERT EINSTEIN

El lenguaje compartido es el conjunto comúnmente comprendido de referencias, puntos de vista, experiencias e interacciones que proporcionan una base para una comunicación sólida. Es el lenguaje que se desarrolla a medida que los socios trabajan juntos (diccionario de IGI Global). Estamos configurados para querer estar en conexión, y una de las formas en que nos conectamos es a través de la comunicación. El uso de un lenguaje compartido genera comprensión y brinda un marco de referencia para las interacciones (Thomas y McDonagh, 2013). Sentimos la seguridad de "estar en la misma onda". La teoría polivagal es el lenguaje del sistema nervioso autónomo. Al desarrollar y fomentar este lenguaje común, creamos una plataforma para la comunicación que cultiva la conexión.

Crear un lenguaje compartido requiere tiempo e intención (Thomas y McDonagh, 2013). Tomar la decisión de agregar una base autónoma a tu práctica de terapia requiere una intención de adquirir fluidez en el lenguaje de la teoría polivagal y un compromiso de enseñar a tus pacientes. Puedes aprender "desde adentro hacia afuera" probando primero los ejercicios de este libro y llevando luego ese trabajo a tu práctica clínica.

La terapia de fundamento polivagal tiene muy en cuenta el papel del sistema nervioso autónomo en la configuración de nuestras experiencias fisiológicas e historias psicológicas y ofrece estrategias para unirse al ritmo de la regulación con el fin de fomentar el cambio. La investigación está comenzando a mostrar que la flexibilidad autónoma puede mejorarse con el tiempo (Kok y Fredrickson, 2010) y que equilibrar el sistema nervioso autónomo puede ser una forma efectiva de regular la liberación de neurotransmisores (Jerath, Crawford, Barnes y Harden, 2015). Un interesante estudio sobre la "meditación de amor-amabilidad" descubrió que no solo cambiaba el estado autónomo de la persona que meditaba, sino que otra persona en la sala que no sabía que le estaban enviando los cuatro pensamientos de amor-amabilidad también mostró un cambio hacia la regulación parasimpática y refirió un aumento en la sensación de bienestar (Shaltout, Tooze, Rosenberger y Kemper, 2012). La energía vagal ventral tiene el potencial de crear un poderoso efecto expansivo.

Enseñar la teoría polivagal a tus pacientes pone en marcha el proceso de crear un lenguaje compartido y establece el escenario para trabajar desde una base autónoma. La secuencia de mapeo inicial pone el lenguaje en acción, y los mapas adicionales y las habilidades de seguimiento ofrecen un abanico de opciones que se pueden adaptar a las preferencias de tus pacientes. Compartir el lenguaje de la teoría polivagal cambia la forma en que nos involucramos en la terapia. Al profundizar, aprendemos a ascender en la escalera autónoma. Usando el marco de la jerarquía autónoma, ayudamos a nuestros pacientes a "estar a la altura de las circunstancias".

A continuación comparto una serie de breves historias clínicas para ver de cerca cómo funciona la teoría polivagal en la práctica. La primera, *La historia de Ramona* (a la que he llamado así porque la paciente me recuerda a la enérgica Ramona de los libros infantiles de Beverly Cleary), cuenta la experiencia de un colega al trabajar con una niña que encontró una manera de

que la vieran y la entendieran a través de un experiencia de mapeo creativo. La segunda, *Una historia de éxito polivagal*, es la descripción de otro colega cuando trabajó con un paciente que había tenido experiencias tempranas de apego inestable y se enfrentaba a altos niveles de reactividad que no conseguía ni entender ni gestionar. Ofrece una muestra de las formas en que la capacidad de regulación autónoma es un poderoso agente de cambio. La tercera, *Un enfoque polivagal para el trauma complejo*, es la historia de mi propio trabajo con una paciente con un complejo historial de trauma que había probado sin éxito muchas otras formas de trabajar.

LA HISTORIA DE RAMONA

Ramona es una paciente de nueve años a la que trato. Una de las razones por las que Ramona acude a terapia es porque tiene problemas con arrebatos de ira y frustración aparentemente aleatorios. Gran parte de ellos van dirigidos física y verbalmente hacia su hermana menor, aunque también se enfrenta a ellos en la escuela y en situaciones sociales con sus compañeros. Estas experiencias suelen sumir a Ramona en un colapso que la deja literalmente por los suelos. No es capaz de hablar sobre por qué suceden o nombrar lo que le molesta durante o después de estos episodios de desregulación autónoma.

En mi consulta, Ramona se desenvolvió con los Sistemas de la Familia Interna (IFS, por sus siglas en inglés) como pez en el agua. Esculpió sus "partes" en arcilla, las dibujó y creó historias con ellas en la caja de arena. Ramona me dijo que entender lo que estaba pasando con sus partes realmente la ayudaba a sentirse mejor y a estar menos enfadada. Sin embargo, continuaba colapsando en arrebatos de ira y de lágrimas en situaciones familiares y sociales y todavía no podía hablar con su madre ni conmigo acerca de lo que estaba sucediendo.

Introduje a Ramona en la teoría polivagal dibujando una escalera en mi pizarra con un rotulador negro no permanente y describiendo los tres estados del sistema nervioso autónomo. La entendió de inmediato. Le pregunté si quería hacer su propia escalera, y ella me apartó de la pizarra, borró la escalera que yo había hecho y comenzó a usar los rotuladores no permanentes de colores para dibujar la suya. Era verde en la parte superior, roja en el centro y azul en la parte inferior, y se tambaleaba de una forma muy bonita. Instintivamente usó el color para crear las secciones de su

escalera. Tenía curiosidad por las transiciones entre estados, así que mezcló ceras en papel en sucio para crear el tono adecuado que ilustraba cómo se veía entre los estados.

A continuación, hicimos un mapa de su día desde una perspectiva autónoma. Dividió la pizarra en zonas y escribió las horas del día que quería rastrear. Usó bloques de gomaespuma de colores para rastrear los diferentes momentos que ocurrían a lo largo de su día. Observé su profunda concentración mientras elegía, arreglaba y reorganizaba con mucho cuidado los bloques rojo, azul y verde muchas veces hasta que supo que tenía la secuencia correcta. Un momento importante fue cuando ilustró cómo pasaba de vagal ventral a simpático, de ahí a vagal dorsal, luego a simpático y de vuelta a vagal dorsal en un punto específico durante su día escolar.

Esperé hasta que completó el seguimiento de su día entero para referirme en voz alta a los bloques rojo (simpático) y azul (vagal dorsal) en su día mayormente verde (vagal ventral). Le pregunté si podía contarme lo que había pasado en la sección de su mapa que mostraba tantos cambios de estado, y por primera vez, Ramona pudo hablar sobre uno de los colapsos autónomos desregulados que su madre me había descrito. Al usar la secuencia de bloques de colores como guía, Ramona consiguió encontrar el lenguaje para contarme la serie de eventos que habían ocurrido y lo que había estado sucediendo en su interior en ese momento. Esto me permitió, por primera vez, poder estar allí con ella en lo que hasta entonces había sido una experiencia indescriptible, aterradora y solitaria.

Al usar la teoría polivagal para ayudar a Ramona a rastrear sus reacciones autónomas a los ruidos, a los compañeros y a muchos otros estímulos de esta manera, ahora puedo estar con ella, verla, sentirla y escucharla en lo que antes habían sido experiencias autónomas aislantes.

UNA HISTORIA DE ÉXITO POLIVAGAL

Cuando le pregunté a mi paciente qué lo había llevado a terapia, me dijo que quería ser menos reactivo. Como yo acababa de terminar un entrenamiento en teoría polivagal y me había parecido tremendamente útil para ayudar a las personas a hacer cambios en sus vidas rápidamente, decidí usar esta teoría como la base para el tratamiento. Enseñé a mi paciente los conceptos básicos de la teoría y comenzamos a hacer mapas. Completamos el mapa de perfil personal y utilizamos ejemplos de la semana anterior en el trabajo, en casa, con su pareja y con su hijo de seis años para identificar su ubicación en la escalera. En cuestión de unas pocas semanas, podía identificar fácilmente su estado autónomo. Aprendió rápidamente a reconocer cuándo estaba desregulado en su experiencia de colapso o movilización y se interesaba en identificar qué había desencadenado

esas experiencias. Completamos el mapa de desencadenantes y destellos y, junto a los desencadenantes, comenzó a percibir destellos en casa en las interacciones con su pareja y con su hijo. Completar el mapa de recursos reguladores fue una experiencia interactiva continua durante nuestras sesiones, y mi paciente estaba encantado de tener una lista de formas de cambiar su estado. Mantuve un mapa de la escalera en blanco en nuestras sesiones, y cada semana explorábamos experiencias a través de la lente autónoma, una lente que ha adoptado como la forma en que ve sus interacciones diarias. Nombrar sus experiencias como estados y mantenerse al margen de las historias le permitió jugar con una variedad de formas de volver a la regulación. A través de su sistema nervioso autónomo, fue capaz de reconocer los cambios y de confiar en las señales fisiológicas. La pregunta "¿A qué lugar de tu escalera pertenece esa creencia?" cobró importancia.

Cuando mi paciente se encontraba en lugares especialmente estancados, le resultaba útil volver a su historia temprana y revisar la falta de oportunidades que tenía para la corregulación y cómo eso configuraba sus patrones de conexión y protección. A menudo había un bucle simpático-vagal dorsal persistente, y fue capaz de identificar las historias que mantenían activo ese bucle. Trabajamos para explorar de forma segura la experiencia vagal dorsal y para aprender cuál era su visión desde la parte inferior de la escalera. Sin la historia, descubrió que podía regular la jerarquía rápidamente. Una vez que supo que podía hacerlo, volvimos a escuchar juntos la historia de su colapso vagal dorsal y cómo cambiaba la historia a medida que avanzaba hacia una movilización simpática, y otra vez mientras se regulaba hasta un estado vagal ventral.

Mi paciente fue refiriendo cada vez una menor reactividad y disfrutaba de esa forma de interactuar con las personas en su mundo. Alcanzó su objetivo inicial de tratamiento en menos de ocho meses y pasó a sesiones menos frecuentes con el propósito de fomentar su capacidad para mantener la regulación autónoma. Lo más sorprendente fue su asombro de haber podido cambiar su experiencia cotidiana tan profundamente en tan poco tiempo. Al igual que mi paciente se deleitaba con la eficacia de este trabajo, fue una oportunidad para utilizar la teoría polivagal como mi modalidad principal, y también me encantó su eficacia.

UN ENFOQUE POLIVAGAL PARA EL TRAUMA COMPLEJO

¿Que qué progreso he hecho? He empezado a ser un amigo para mí mismo.

Esta es la historia de los primeros cuatro años de mi trabajo con una paciente con un historial de trauma complejo. Mi paciente vino a verme después de estar en terapia con muchos otros profesionales y probar muchas modalidades terapéuticas, lo que la hacía sentir que la "habían puesto a prueba más que a nadie" y se preguntaba por qué no se recuperaba. Me contó que vivía entre una profunda sensación de desesperanza y miedo y la ansiedad, y añadió que ningún tratamiento la había ayudado con ese problema. Tenía mucho lenguaje para hablar de ello, pero carecía de habilidades para encontrar alivio. La medicación y la terapia solo habían aumentado esas experiencias, incrementado su vergüenza y elevado su desesperación. Incluso el más mínimo intento de explorar su historia traumática la "sumía de cabeza en volver a experimentarla". Anhelaba la estabilización, pero era incapaz de encontrarla, ni en los demás, ni en sí misma ni en su cuerpo. La seguridad en la vida cotidiana no existía. Cuando le presenté la teoría polivagal, recibió la idea con cierta resistencia en anticipación de otro desastre terapéutico, pero su empeño en curarse nos permitió avanzar.

Desde el comienzo de nuestro trabajo, mi paciente descubrió que identificar "lo que no sucedió" era una parte importante del proceso. Usando la ciencia de la conexión para explorar sus primeras experiencias de ausencia de corregulación, aporté una serie de datos sobre cómo las experiencias conforman el sistema nervioso que le permitieron sentir algo de autocompasión. Descubrió que la regulación no le resultaba fácil porque nunca había tenido oportunidades de aprender cómo se hacía. La teoría polivagal le mostró que, aunque lo ideal habría sido aprender a corregularse y luego a autorregularse en su infancia, su sistema nervioso aún podía pautarse, de manera que podía aprender.

Utilizamos la relación terapéutica para experimentar activamente con la corregulación. Mi paciente comprendió que la carencia de sus primeras experiencias debía dejar paso a las oportunidades en el presente para estar en conexión con una persona bien regulada y fiable. La consistencia y la continuidad fueron las dos cualidades que ella identificó como las más importantes, y después de muchos meses de encontrarme con ella gracias a oportunidades de corregulación vagal ventral estables y predecibles, su sistema nervioso, muy reactivo en el pasado, comenzó a calmarse durante nuestras sesiones y surgió la curiosidad. En el proceso, tuve mis propios momentos inevitables de desregulación autónoma, y nombrarlos fue importante para mi paciente. Me dijo que rastrear mi propio sistema nervioso y nombrar mis propios momentos de desregulación la ayudó a confiar en que lo que estaba sintiendo, su neurocepción, estaba en lo cierto y confiaba en que estaba a salvo.

Otro aspecto importante de lo que no sucedió fue que trabajar de manera autónoma no ponía a prueba sus historias. Con una perspectiva polivagal, tomamos otro camino. Aprendió a separar su respuesta autónoma de sus historias sobre sí misma. Practicó las habilidades de percibir, nombrar y volverse hacia sus reacciones. Aprendió a respetar que "perder los estribos", en sus propias palabras, era una respuesta de supervivencia adaptativa y no un defecto de carácter fundamental. Descubrió que no había de qué avergonzarse por perder los estribos una y otra vez. Sin las capas de vergüenza, se dio cuenta de cuánto había necesitado esas respuestas para sobrevivir en el pasado y de cuánto dificultaban su vida ahora.

Mi paciente, al igual que muchos supervivientes de traumas, tenía un sistema que, según ella, era "alérgico a la esperanza". Le gustaba que la teoría polivagal no dependiera de la esperanza, que estuviera basada en la ciencia. Aprender los conceptos básicos de la teoría polivagal le enseñó a apreciar la jerarquía autónoma y el hecho de que su sistema tuviera un sesgo integrado

hacia el ascenso a la regulación. Su trauma infantil creó una trayectoria diferente, y los eventos traumáticos de su vida adulta solidificaron los patrones de protección, pero estaba dispuesta a creer a la ciencia, que proponía que su sistema nervioso autónomo, si se le daba una oportunidad, podría aprender a trabajar de otra manera.

Describió nuestro trabajo como una "dieta constante de destellos" que estábamos tejiendo juntas. Saborear las experiencias de los destellos comenzó a cambiar sutilmente sus historias porque sus micromomentos de seguridad vagal ventral no cuadraban con sus antiguas historias de supervivencia. Comenzó a experimentar la posibilidad de seguridad y el inicio delicado de nuevas historias. Identificó que sus momentos de desorden eran menos desalentadores y más aceptables y que pensar en vivir con las experiencias comunes de cambio de estado autónomo era muy distinto a pensar que tenía un defecto intrínseco.

Mediante la capacidad de mapear y rastrear sus estados autónomos y de buscar y encontrar regulaciones (tanto interactivas como individuales), mi paciente finalmente sintió momentos de seguridad real. Recientemente, me contó que la confianza ya no es un lenguaje de necesidad y dependencia, ahora es un lenguaje de resiliencia. Le gusta que la teoría polivagal le haya dado habilidades verificables para rastrear sus niveles de regulación, que no se trate de hacerlo bien o mal ni de una competición entre la supervivencia y la esperanza.

Mi paciente se describe a sí misma como un trabajo en progreso. Su antigua recurrencia a instintos suicidas ha desaparecido, y en cambio, habla de sus experiencias cada vez más frecuentes de seguridad plasmada. Aprender a rastrear sus cambios de estado autónomo no es garantía de que todo vaya a ser siempre fácil, pero, como ella dice, "proporciona una manera fiable de soportar la desregulación. Puedo vivir en mis momentos intensos, percibo y nombro y tengo confianza en que mi sistema se regulará".

Hace poco mi paciente reflexionaba sobre sus anteriores experiencias en terapia. Me contó que había buscado terapia repetidamente y que muchos terapeutas y modalidades podrían haber funcionado pero, sin una base polivagal, su capacidad para curarse estaba condenada al fracaso. Mi paciente y yo tenemos ahora una plataforma para incorporar de manera segura otras terapias para trabajar con su trauma no resuelto. Aunque añadamos otras modalidades, continuamos confiando en un fundamento polivagal que atiende a los estados autónomos, encuentra el grado correcto de desafío neuronal para la sesión y sigue su sabiduría autónoma. Confiar en su conocimiento del sistema nervioso autónomo en combinación con oportunidades predecibles para la corregulación y las habilidades de autorregulación fiables ha creado una neurocepción de seguridad que respalda el difícil trabajo del procesamiento de traumas.

A TRAVÉS DE UNA LENTE POLIVAGAL

Vivo en la posibilidad.

~ Emily Dickinson

El trabajo clínico con el trauma desde una perspectiva polivagal comienza trabando amistad. Los pacientes a menudo perciben que están en guerra con sus sistemas nerviosos autónomos y se sienten traicionados por sus patrones de desregulación. Mirar más allá del diagnóstico clínico les invita a considerar sus comportamientos y creencias como respuestas adaptativas al servicio de la supervivencia. En el fondo, un enfoque polivagal les ayuda a liberar la carga de la vergüenza que sufren.

A través del mapeo, los pacientes se dan cuenta de las respuestas comúnmente compartidas en los sistemas autónomos humanos y descubren los patrones únicos que personalizan sus sistemas. En lugar de un sentimiento perpetuo de que las cosas les superan (por ejemplo, al sentirse necesitados, emocionales, volátiles, ansiosos o inestables), los pacientes pueden redefinirse a sí mismos como si tuvieran un sistema de vigilancia interno sensible a las señales de peligro. Al percibir, nombrar y afrontar sus reacciones sin vergüenza, comienza el proceso de aprender a desenvolverse de nuevas maneras. A medida que los mundos internos de nuestros pacientes se reorganizan, sus cambios de estado se vuelven más matizados. Reconocen nuevas formas de regular y comienzan a gestionar los desencadenantes autónomos con cierto grado de flexibilidad.

Lo que nos define es nuestra necesidad y nuestra capacidad de corregular. "La teoría polivagal… traslada la atención del individuo al individuo dentro del contexto" (Porges, 2016, p. 5). La teoría polivagal en terapia reconoce que la corregulación es un requisito previo necesario para la autorregulación y que el historial de trauma está marcado por la ausencia de experiencias de corregulación seguras y predecibles. Reconocemos que la corregulación no crea dependencia, sino que construye una base para la autorregulación y la capacidad de recuperación de nuestros pacientes, y con esto en mente, usamos la relación terapéutica para ofrecer oportunidades frecuentes y predecibles para la corregulación.

La neurocepción proporciona un flujo constante de información. ¿Las señales de seguridad hacen que resulte seguro conectar o las señales de peligro generan la necesidad de desconectar? Mucho antes de que podamos considerar una respuesta, nuestro sistema nervioso autónomo ha reaccionado, y estas reacciones individuales repetidas forman patrones habituales de respuesta. A través de una lente polivagal, entendemos que estos estados fisiológicos crean historias psicológicas. Las historias de los pacientes sobre sí

mismos, sobre otros y sobre sus relaciones están ancladas en sus estados autónomos. En los estados de regulación es donde los pacientes pueden tener pensamientos más audaces, más expansivos, creativos y quizás incluso espirituales (Porges, 2016).

La promesa de la teoría polivagal de ayudar a los pacientes a moverse a través de sus historias de trauma y hacia una vida de bienestar se basa en la ciencia del sistema nervioso autónomo. El arte de trasladar la teoría polivagal a la terapia consiste en respetar la sabiduría innata del sistema nervioso autónomo y en encontrar formas de aportar el grado adecuado de desafío para reformar los patrones de protección y de conseguir patrones de conexión.

Sabiendo que el estado de seguridad y conexión vagal ventral es el que fomenta el cambio, nuestra primera responsabilidad como terapeutas es encarnar ese estado y luego ayudar a nuestros pacientes a entrar en ese lugar de seguridad. Bajo de los patrones de protección de nuestros pacientes hay patrones de conexión que esperan ser alimentados. La pregunta "¿Qué necesita el sistema nervioso autónomo en este momento para subir la escalera hacia la seguridad?" es lo que guía nuestro trabajo.

Cuando mis pacientes hablan acerca de sus continuos momentos de desorden, les recuerdo que "todavía" podemos incorporar e invitar al sistema nervioso autónomo a que continúe su camino hacia la regulación. "No puedo encontrar seguridad en la conexión… todavía. No soy capaz de regular bien… todavía. No he encontrado una relación de corregulación fiable… todavía". *Todavía* es una poderosa palabra vagal ventral. Es un presagio del cambio.

Este libro presenta muchas vías para mapear, recorrer y dar forma al sistema nervioso autónomo, y también es una invitación a la creatividad. Una vez que la teoría polivagal pasa de la comprensión cognitiva a la plasmación del conocimiento, las posibilidades de unirse al ritmo de la regulación son infinitas.

APÉNDICE:

MEDITACIONES AUTÓNOMAS

La explicación de las meditaciones va después de sus descriptores.

Antiguo vago. Se trata de una meditación de "ojos abiertos" que utiliza una imagen del vago como punto focal. Centrarse en la imagen con la invitación a sentir la plasmación de las vías vagales ofrece al oyente una forma segura de conectar con su sistema nervioso autónomo.

Respetar el freno vagal. Esta meditación hace consciente el papel del freno vagal. Lleva al oyente al flujo y reflujo de la experiencia que acompaña a la liberación y el reactivación del freno vagal y crea una experiencia de saborear sus capacidades.

Un sistema integrado. Esta meditación lleva al oyente a un recorrido por el sistema nervioso autónomo en la homeostasis. La meditación resalta el papel de cada una de las tres ramas del sistema nervioso autónomo en sus roles no reactivos, que mejoran el bienestar y hacen consciente la sensación de un sistema integrado.

Navegación autónoma. Esta meditación crea la experiencia de "plantar tu bandera en la tierra vagal ventral" y de usar ese ancla en un estado vagal

ventral activo para conectar de forma segura con los estados de movilización simpática y de colapso vagal dorsal.

Sentir la conexión cara-corazón. Esta meditación da vida a la conexión entre la cara y el corazón con el tacto y la imagen.

Mapear, seguir, respetar, nutrirse. Esta meditación invita al oyente a dar vida a su mapa autónomo y a recorrer la "forma" de su día.

Calma con seguridad. Esta meditación recorre los caminos del vago a medida que sus ramas se unen para aportar seguridad a la calma invitando al oyente a experimentar la tranquilidad y el descanso seguro.

Benevolencia. Esta meditación permite tomar conciencia del uso de la energía vagal ventral sostenida y activa al servicio de la curación.

ANTIGUO VAGO

Descansa tu mirada en la imagen del vago, el nervio craneal X, el nervio craneal más largo, denominado con acierto "el errante"…

Sigue las vías vagales desde la base del cráneo hasta sus raíces en las vísceras…

Siente las ramas de esas fibras…

Siente cómo sube y baja el flujo de energía por la vía vagal…

Saborea la familiaridad de este hogar encarnado…

RESPETAR EL FRENO VAGAL

Cierra los ojos si te resulta cómodo o suaviza la mirada para conectar con tu interior. Comienza a explorar las acciones del freno vagal a medida que fomentan tu capacidad de conexión. Imagina que tu freno vagal funciona como los frenos de una bicicleta: lo sueltas para ir más rápido y lo vuelves a activar para disminuir la velocidad. Juega con esa imagen un momento. Siente la aceleración y el frenado… acelera y frena…

Tu freno vagal está guiando el flujo y reflujo de energía y experiencia. Inspira y siente la invitación a acelerar. Espira y siente la ralentización y el espacio. Inspira y siente el aumento de energía. Espira y siente el regreso de la comodidad.

Imagina tu freno vagal relajándose y soltándose. Experimenta el aumento de la alegría, la emoción, la pasión, el estado de alerta, el interés, el compromiso activo… deja que esa energía te llene.

Ahora imagina que tu freno vagal vuelve a activarse. Adéntrate en la experiencia de la calma, la comodidad y la relajación y en la felicidad sencilla que te brindan.

Explora por tu cuenta un momento. Siente la subida y la bajada de la energía guiada por el freno vagal. Visualiza la acción de tu freno vagal… relajación y

retorno, liberación y reactivación. Deja que la experiencia te llene.

Mientras te preparas para regresar a la conexión externa, dedica un último momento a apreciar las acciones de tu freno vagal...

UN SISTEMA INTEGRADO

Comienza pasando de la conciencia externa a la experiencia interna. Cierra los ojos si te sientes cómodo o simplemente suaviza la mirada. Permítete desconectar del mundo que te rodea y conectar interiormente mientras comienza tu exploración de las cualidades de un sistema nervioso autónomo integrado. Este es el sistema en equilibrio, donde las tres corrientes de experiencia autónoma unen sus energías para cooperar, aportando salud, crecimiento y restauración. Muévete en conexión con estas energías reguladoras…

Comienza en la antigua rama vagal dorsal… la parte de tu sistema nervioso autónomo que se encuentra debajo del diafragma. Imagina tu diafragma, el músculo en la parte inferior de tus costillas que separa el pecho del abdomen. Luego empieza a moverte lentamente hacia abajo siguiendo el tracto digestivo. Siente tu estómago, tus intestinos… siente el proceso de digestión que aporta nutrientes para alimentarte. Este es el reino del vago dorsal… Lento, deliberado, constante. Dedica un momento a sentir este antiguo latido…

Ahora viaja hacia arriba a la rama simpática y encuentra movimiento y energía. Siente la médula espinal y luego percibe la zona media de tu espalda.

Siente cómo tu sistema nervioso simpático hace circular tu sangre, cómo influye en los latidos de tu corazón y cómo hace ajustes constantes en la temperatura de tu cuerpo. Ahora el ritmo te despierta. Siente la agitación de la energía. Sumérgete en esta invitación hacia el movimiento…

Y ahora, para encontrar la rama más reciente, el vago ventral, vuelve a tu diafragma y muévete hacia el corazón, los pulmones, la garganta. Este es el sistema de respiración, ritmo y sonido. Siente un suspiro de alivio. Siente el ritmo de tu corazón... la vibración de tu garganta. Sigue subiendo hacia la cara, los ojos y los oídos. Encuentra la energía del compromiso... el impulso hacia la conexión. Deja que esa energía te construya y te llene.

Desde este lugar, sintoniza con las maneras suaves en que el vago ventral vigila tu sistema, aportando energía reguladora que permite que las ramas simpática y vagal dorsal hagan su trabajo. Sumérgete en esta experiencia de homeostasis...

NAVEGACIÓN AUTÓNOMA

Al igual que los exploradores reclaman nuevas tierras plantando una bandera, “coloca tu bandera” en el territorio de tu estado vagal ventral. Siente cómo te arraigas en la energía de seguridad que ofrece este sistema. Tu respiración es plena. Cada exhalación te lleva a lo largo del camino que fomenta la seguridad y la conexión. Hay un ritmo en tu frecuencia cardíaca. El latido aporta bienestar. Estás en el circuito de seguridad autónoma. La vía que va de tu cuerpo a tu cerebro envía mensajes de estabilidad, y la vía de retorno del cerebro al cuerpo crea la historia de seguridad. Desde esta base de seguridad,

con la sensación de tener tu bandera bien plantada en tu sistema vagal ventral, puedes comenzar el viaje para explorar tus respuestas simpáticas y vagales dorsales.

Alcanza la energía movilizada de tu sistema nervioso simpático. Tu respiración cambia. Tu ritmo cardíaco se acelera. Quieres moverte. Tus pensamientos comienzan a arremolinarse. Imagina el mar simpático y la energía que se mueve en él movilizando tu sistema hacia la acción. Puede que sientas cómo sopla el viento agitando el mar y que percibas las olas, girando y rompiendo con fuerza. Percibe que puedes navegar con seguridad por esta tormenta simpática. Estás atado a tu circuito de seguridad. Recuerda que tu bandera está firmemente plantada, que tu ancla está profundamente clavada en el terreno firme de la regulación vagal ventral.

Regresa al lugar donde está plantada tu bandera. Nota las energías reguladoras de la respiración y la frecuencia cardíaca. Siente un flujo de calor en el pecho. Percibe la tierra firme bajo tus pies, tu sistema vagal ventral enviando señales de seguridad.

Ahora comienza suavemente el descenso hacia el estado vagal dorsal. No se trata de la inmersión dorsal que puede sacarte de la conciencia del presente y entumecerte. Es una inmersión experimental de tu dedo del pie en la sensación de desconexión. La energía comienza a salir de tu cuerpo y todo comienza a ralentizarse. Sientes una restricción de movimiento.

Dosifica esta experiencia recordando activamente tu conexión con tu estado vagal ventral, el lugar donde plantaste tu bandera al principio. Siente las energías reguladoras que controlan la profundidad y la velocidad de tu descenso vagal dorsal. Te estás moviendo por una pendiente, no estás cayendo

en picado en el espacio. Tu bandera está segura, guardando tu sitio en la regulación vagal ventral, y eso te permite explorar de forma segura la experiencia vagal dorsal.

Regresa a donde empezaste en la regulación vagal ventral. Vuelve de nuevo al lugar en el que plantaste tu bandera. Saborea las maneras en las que puedes entablar amistad con tu sistema nervioso simpático y las respuestas vagales dorsales cuando te guía tu circuito de seguridad autónomo.

SENTIR LA CONEXIÓN CARA-CORAZÓN

Cierra los ojos si te sientes seguro o simplemente suaviza tu mirada. Coloca las manos en la base del cráneo. Aquí, en el tronco cerebral, es donde reside el origen evolutivo de tu sistema de compromiso social. Concentra tu atención en el lugar en el que tu tronco cerebral se encuentra con tu médula espinal, el espacio donde se unen cinco nervios craneales para formar las vías de tu conexión cara-corazón. Este es el centro de tu sistema de compromiso social. Descansa aquí un momento. Siente los comienzos de tu búsqueda de conexión.

Ahora coloca una mano en un lado de la cara y la otra sobre el corazón. Siente el flujo de energía moviéndose entre tus manos, viajando de tu cara a tu corazón y viceversa. Sigue este camino en ambas direcciones.

Explora las formas en que tu conexión cara-corazón busca contacto y señala la seguridad. Siente cómo este sistema se abre al mundo, escucha los sonidos de

bienvenida, busca caras amigables, gira e inclina la cabeza en busca de seguridad. Siente tu corazón uniéndose a la búsqueda.

Y ahora siente este sistema transmitiendo señales de seguridad… tus ojos, tu voz, tus movimientos de cabeza invitando a los demás a conectarse. Tu corazón enviando su propia bienvenida.

Muévete entre las dos experiencias de envío y de búsqueda. Emitir y recibir.

Tómate tu tiempo para saborear los caminos de tu conexión cara-corazón.

MAPEAR, SEGUIR, RESPETAR, NUTRIRSE

Cierra los ojos o simplemente suaviza la mirada y acomódate en una conciencia cómoda de tu sistema nervioso autónomo. Insufla vida a tu mapa autónomo. Observa tu mapa con la mente y encuentra tu lugar en él.

Explora el terreno. ¿Dónde te ha llevado hoy tu viaje autónomo? Vuelve por el camino que has recorrido. Observa los momentos individuales marcados en el camino.

Dedica un momento a reflexionar sobre esas experiencias. Observa la forma de tu ruta... los lugares por los que te ha llevado tu ruta autónoma.

Observa los cambios de estado a gran escala representados como giros pronunciados.

Observa los cambios sutiles que se encuentran en las curvas suaves.

Aprecia el camino que ha tomado tu sistema nervioso al servicio de tu seguridad. Es el camino que has recorrido hasta este momento en el tiempo, hasta este lugar concreto de tu mapa.

Tómate un momento para escuchar la historia autónoma que está contando tu mapa.

CALMA CON SEGURIDAD

Cierra los ojos o suaviza tu mirada, lo que te parezca más adecuado en este momento. Cuando empieces a moverte hacia adentro, intenta explorar la sensación de silencio y experimenta un momento de tranquilidad.

Entra en conexión con tu nervio vago. Siente la antigua energía de inmovilización y la nueva energía de conexión moviéndose juntas, dos ramas de un nervio que se unen para crear una experiencia de calma sin miedo.

Siente las fibras de estas dos vías vagales que viajan juntas a medida que comienzas a pasar de la acción a la calma. Siente cómo tu sabio vago social tranquiliza a tu antiguo vago protector diciéndole que en este momento es seguro quedarse quieto. Siente que tu sistema comienza a entrar en calma sin miedo.

Detente en la calma un momento o un micromomento. Siente la mezcla de tus dos circuitos vagales. Dentro de la historia vagal ventral de la seguridad, tu

vago dorsal está aportando calma. Y desde este estado en el que es seguro estar calmado, estás abierto a la reflexión, listo para sentarte en silencio y saborear la conexión íntima.

BENEVOLENCIA

Cierra los ojos o simplemente suaviza la mirada. Encuentra el lugar dentro de tu cuerpo en el que sientes la agitación de la energía vagal ventral. Puede ser tu corazón, tu pecho, tu cara, detrás de los ojos o en algún otro lugar exclusivo de tu sistema. Siente el lugar donde nace tu energía de bondad. Acomódate en ese espacio por un momento.

Únete al flujo de energía vagal ventral a medida que se mueve por todo tu cuerpo. Puede que notes una sensación de calor que se propaga. Quizás te parezca que se te expande el corazón o que se te llena el pecho. Puede que notes un hormigueo en los ojos o una opresión en la garganta. Dedica un momento a conocer tu propia experiencia personal de este flujo vagal ventral. Detente y saborea este estado.

Ahora imagina que usas activamente esta energía al servicio de la curación. Siente el poder de este estado para sostener a otra persona, a otro sistema, con cuidado y compasión.

Visualiza las numerosas formas en que puedes usar activamente este estado para dar forma al mundo.

Puede que estés sosteniendo a un ser querido en tu flujo de energía vagal ventral para aliviar su sufrimiento.

O puede que seas tú la persona que tiene un sistema vagal ventral vital en medio de la desregulación.

Dedica un momento a reconocer a las personas de tu vida y los lugares de tu mundo que necesitan de tu presencia vagal ventral. Imagina que pasas a esas conexiones desde tu estado de abundancia vagal ventral.

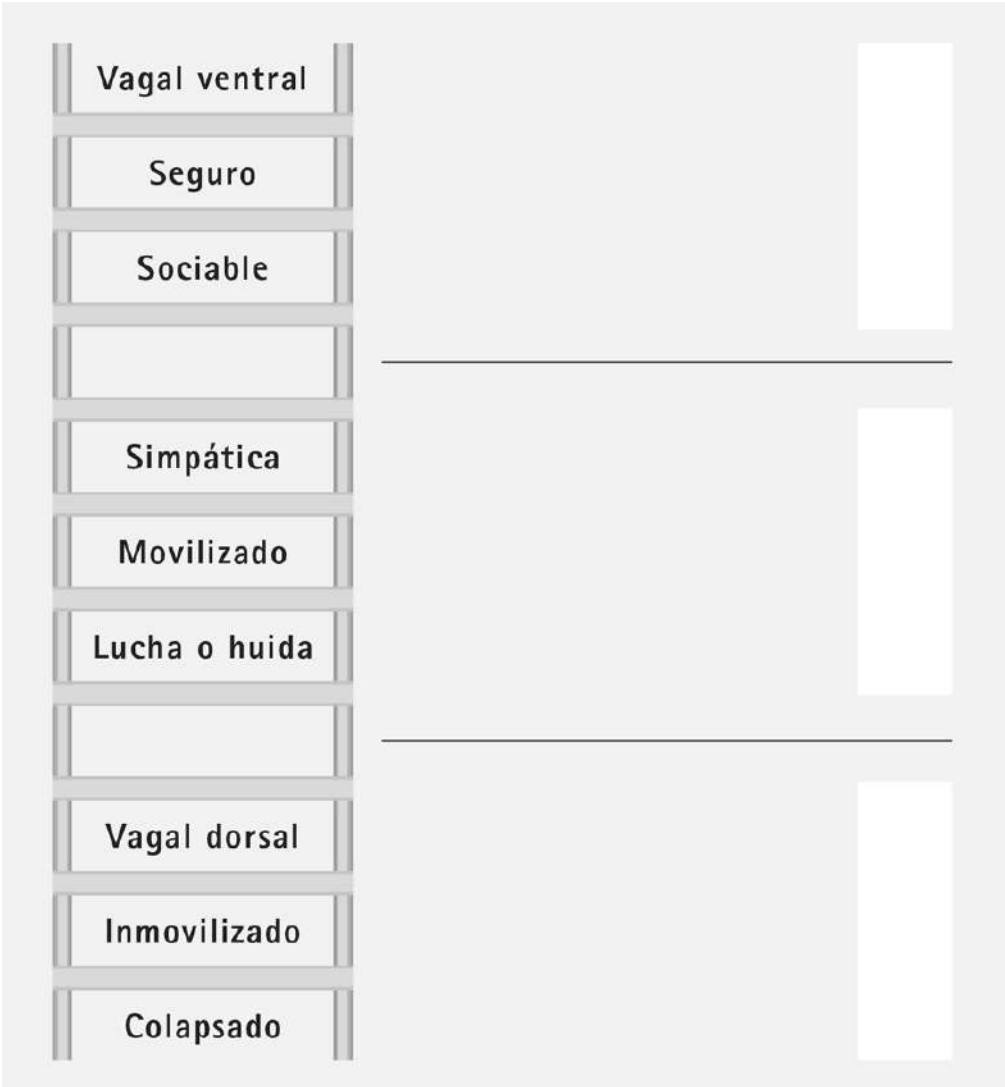
A través de la oferta activa, continua e intencionada de energía vagal ventral, eres un faro de bondad, generosidad, amabilidad, compasión, amistad y humanidad común.

Crea una intención de irradiar benevolencia.

FICHAS

Puedes encontrar las siguientes fichas en esta página web:

https://editorialeleftheria.com



MAPA DE PERFIL PERSONAL

© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.

EJEMPLO DEL MAPA DE PERFIL PERSONAL

© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.

MAPA DE DESENCADENANTES Y DESTELLOS

© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.

EJEMPLO DEL MAPA DE DESENCADENANTES Y DESTELLOS

© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.

	Cosas que puedo hacer por mi cuenta:	Cosas que puedo hacer con los demás:
Vagal ventral Seguro Sociable	¿Qué me ayuda a quedarme aquí?	¿Qué me ayuda a quedarme aquí?
Simpática Movilizado Lucha o huida	¿Qué me saca de aquí?	¿Qué me saca de aquí?
Vagal dorsal Inmovilizado Colapsado	¿Qué me saca de aquí?	¿Qué me saca de aquí?

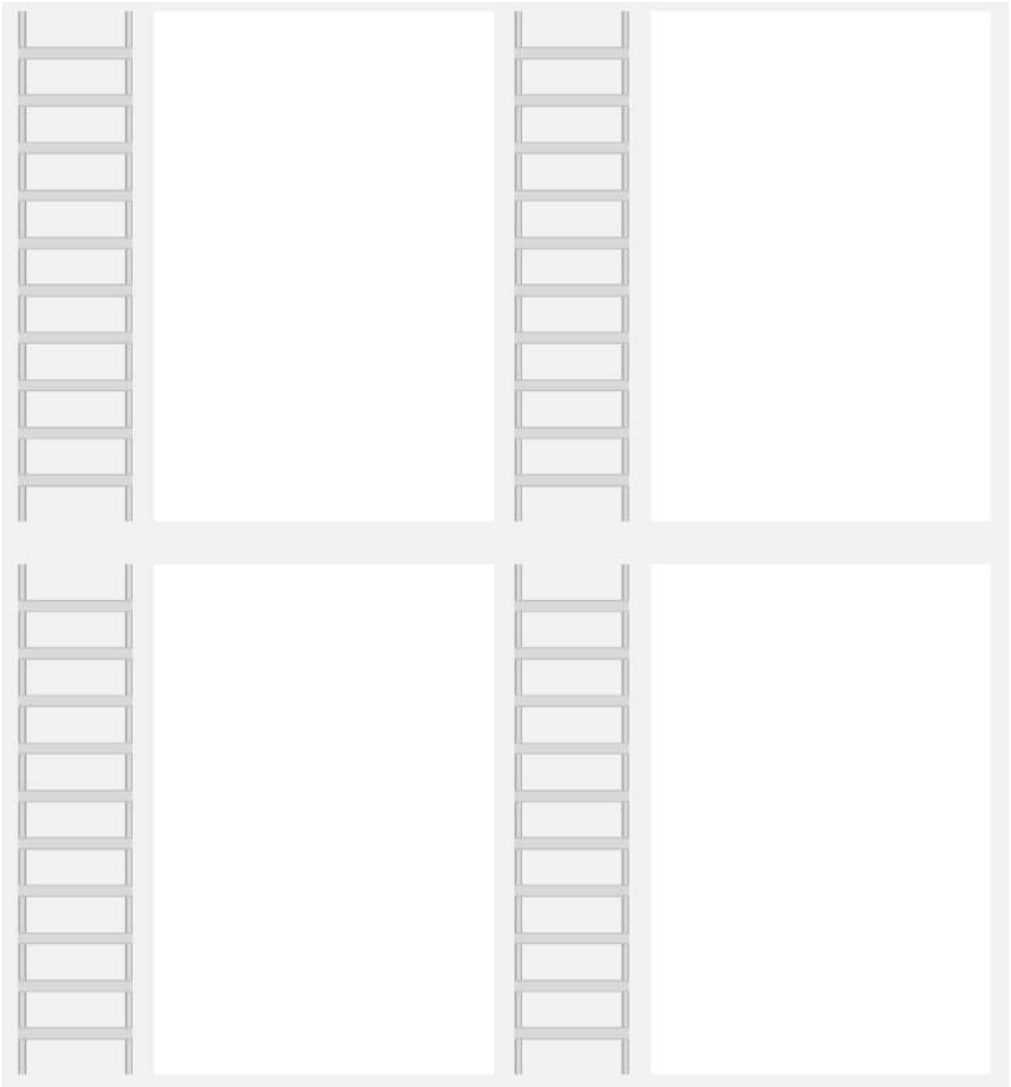
MAPA DE RECURSOS REGULADORES

© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.

	Cosas que puedo hacer por mi cuenta:	Cosas que puedo hacer con los demás:	
Vagal ventral	¿Qué me ayuda a quedarme aquí?	¿Qué me ayuda a quedarme aquí?	LIGERO
Seguro	ir a caminar sentir el sol en la cara ir a la playa dar una vuelta en coche tiempo solo por la mañana tomar un café al sol escuchar música jardinería cocinar respiración consciente	pasear con un amigo tomar un café con un amigo dar o recibir un abrazo cena con la familia hablar por Skype con familiares y amigos salir por la noche con mi pareja noche de juegos	
Sociable			
Simpática	¿Qué me saca de aquí?	¿Qué me saca de aquí?	FRENÉTICO
Movilizado	limpiar ordenar bailar en la cocina cantar con la música alta gritar e increparme en voz alta ejercicio (salir a caminar o a correr) organizar armarios crear listas de tareas pendientes darme una ducha	despotricar con un amigo hablar o mandar mensajes de texto salir a caminar o a correr con un amigo ir a una clase en el gimnasio ir a una clase de yoga pedir a alguien que me escuche sin necesidad de "arreglar" nada	
Lucha o huida			
Vagal dorsal	¿Qué me saca de aquí?	¿Qué me saca de aquí?	EN BLANCO
Inmovilizado	dormir rezar llorar la naturaleza recordar momentos en el pasado en los que me sentí bien imaginar estar cerca de alguien con quien me siento seguro encender la radio o la tele meditación té caliente baño o ducha caliente	aceptar un abrazo dejar que alguien se siente a mi lado mensaje/email a un amigo salir a caminar sin hablar sentarme en un lugar donde haya actividad y gente	
Colapsado			

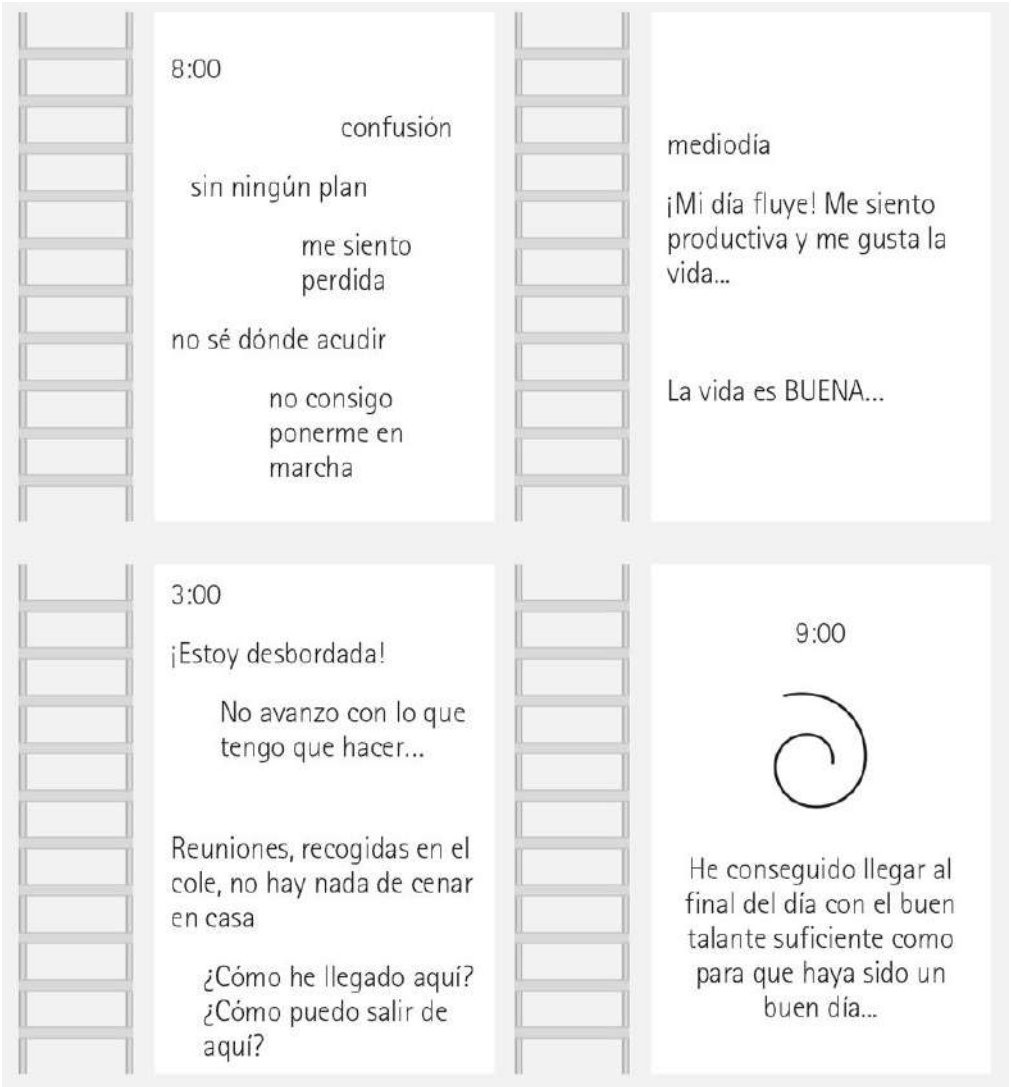
EJEMPLO DEL MAPA DE RECURSOS REGULADORES

© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.



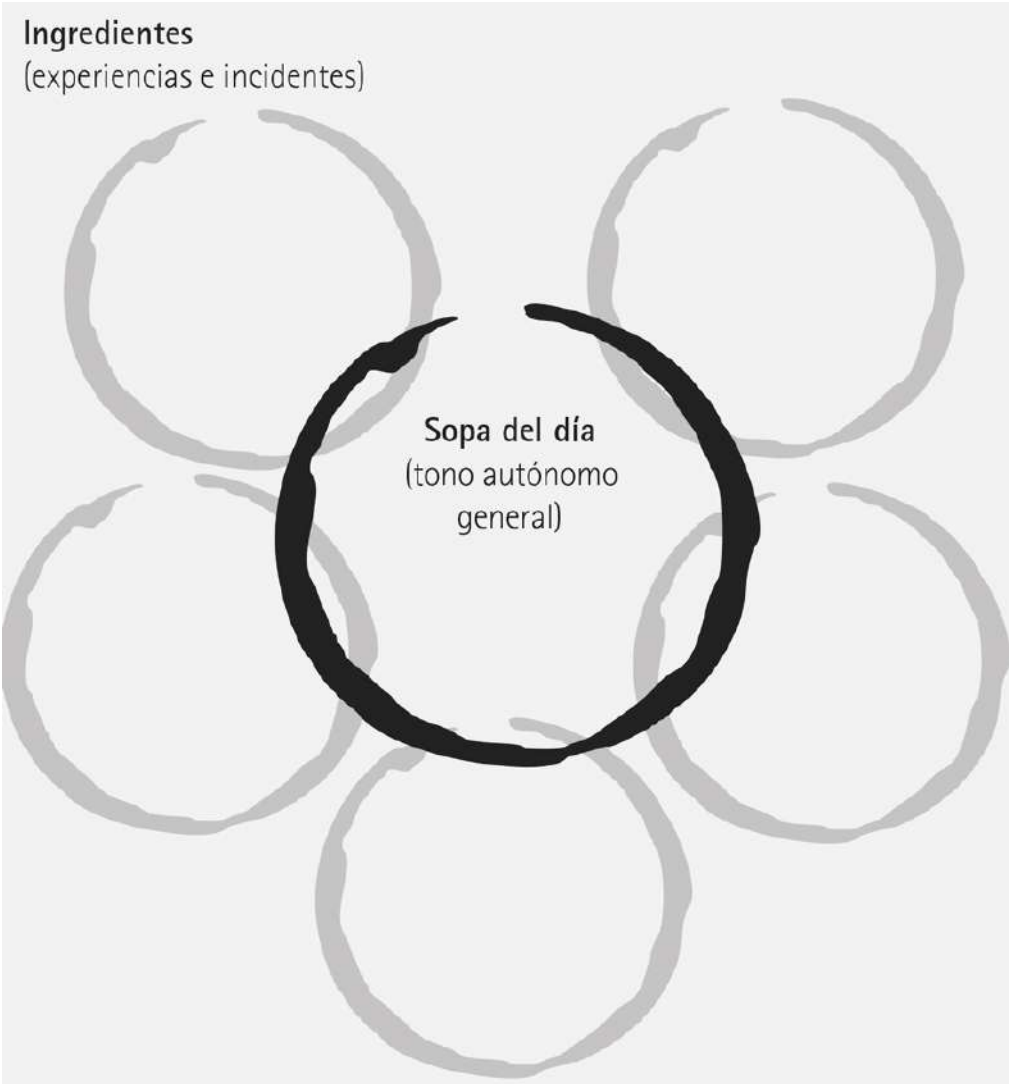
SEGUIMIENTO DE CUATRO MAPAS

© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.



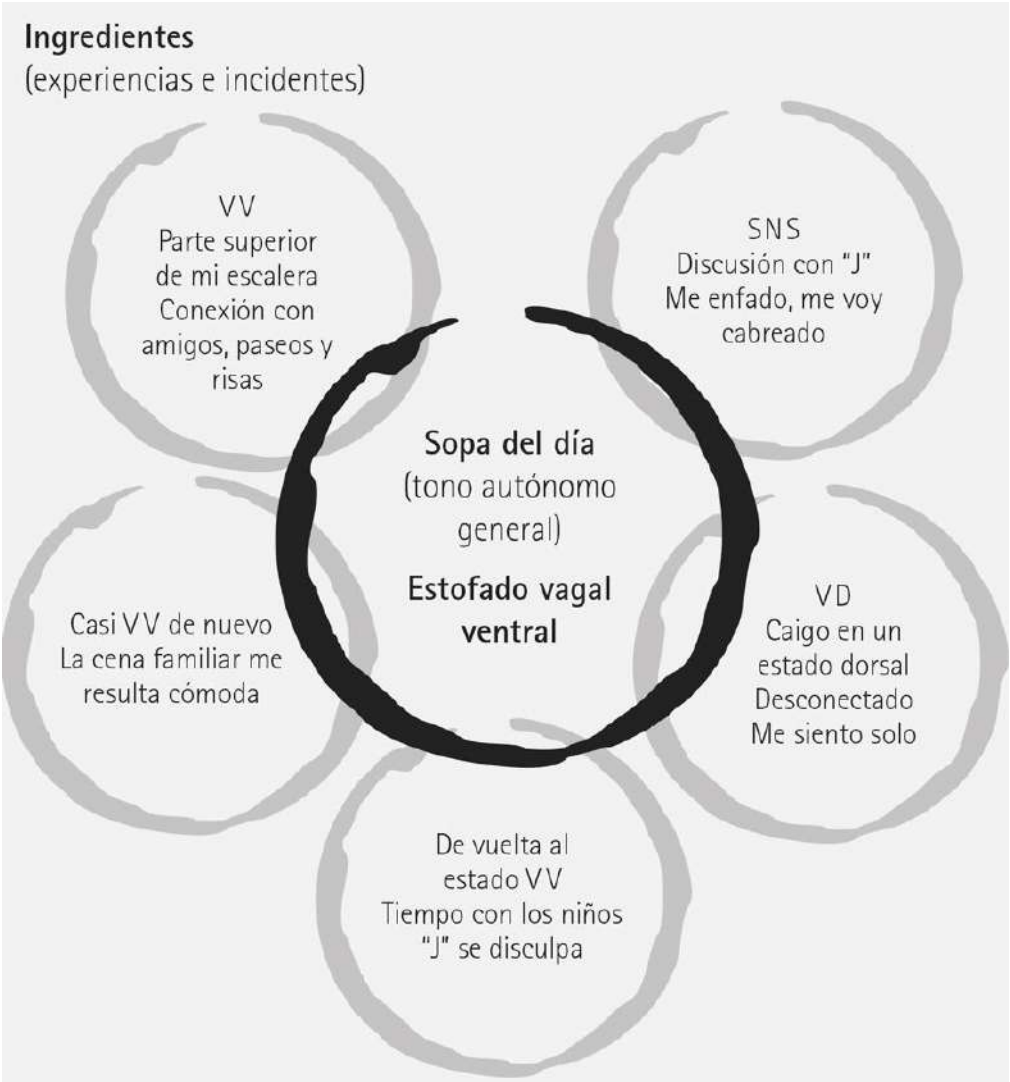
EJEMPLO DEL SEGUIMIENTO DE CUATRO MAPAS

© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.



SOPA DEL DÍA

© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.



EJEMPLO DE LA SOPA DEL DÍA

© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.

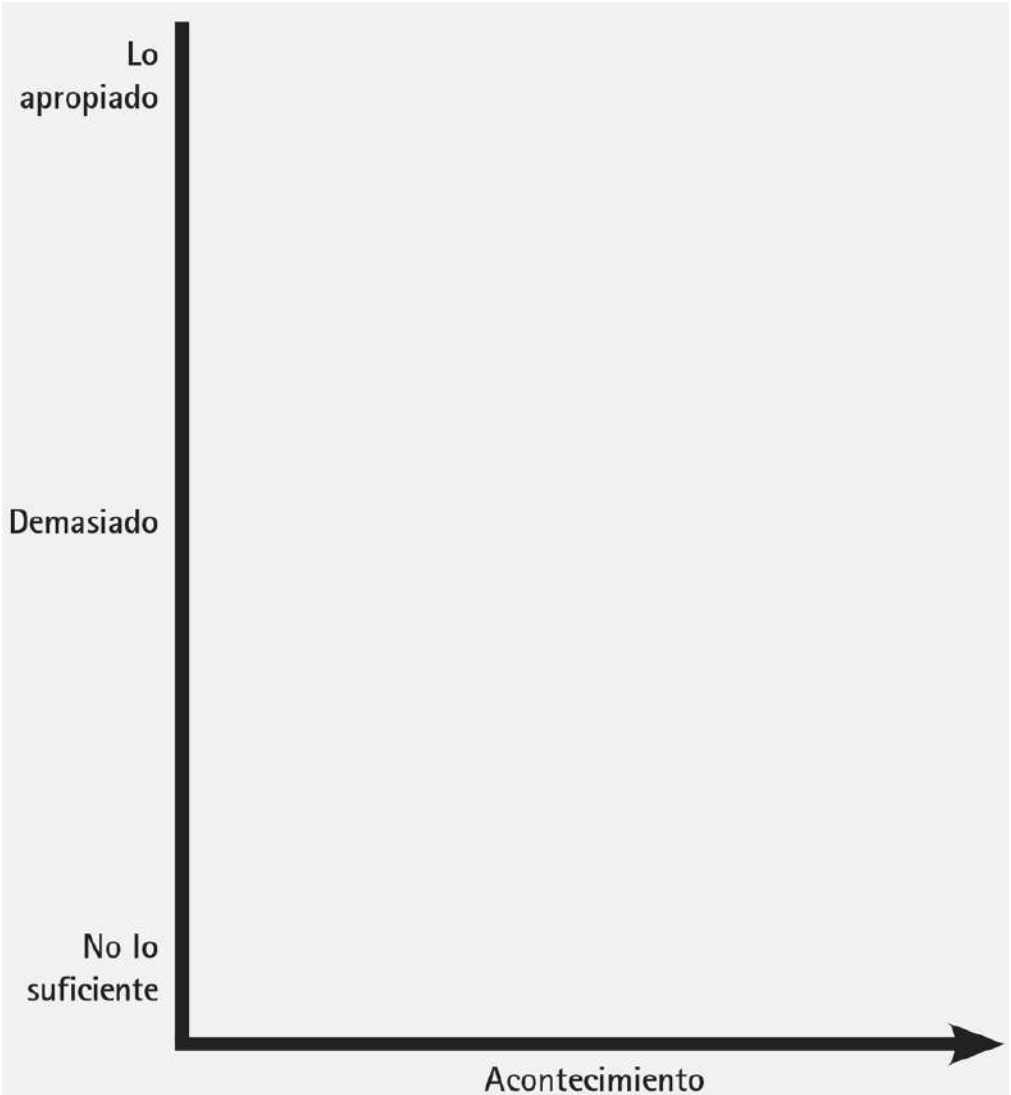
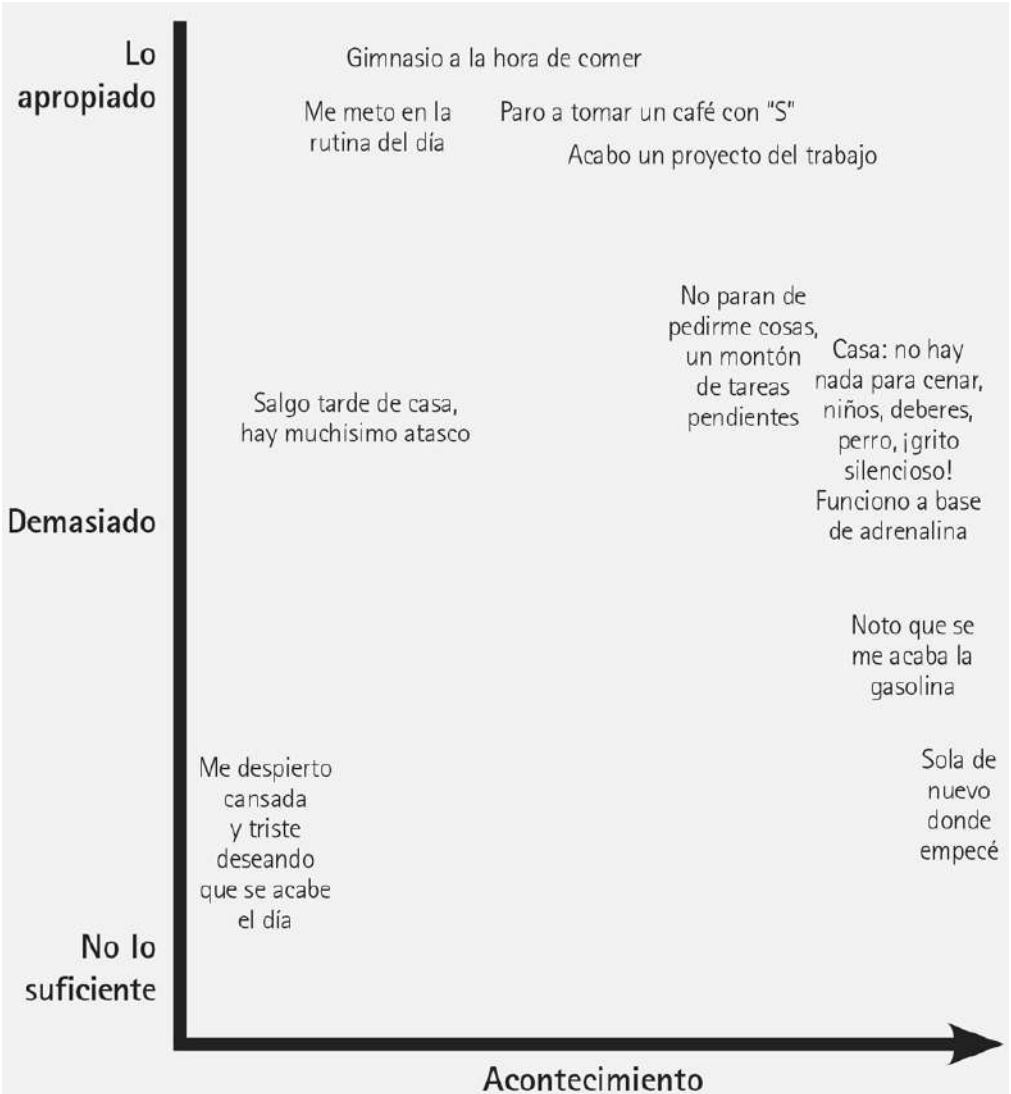


GRÁFICO DE RICITOS DE ORO

© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.



EJEMPLO DEL GRÁFICO DE RICITOS DE ORO

© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.

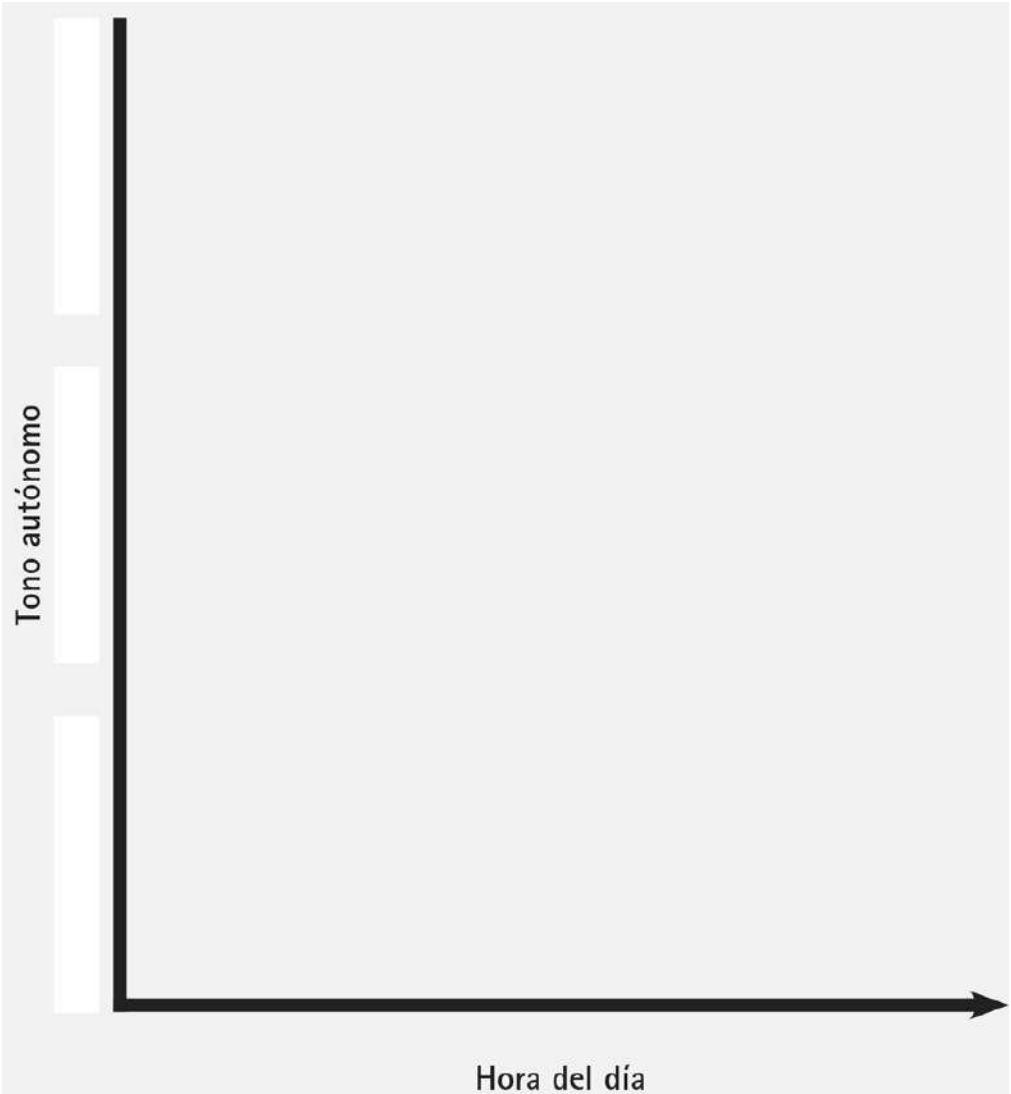
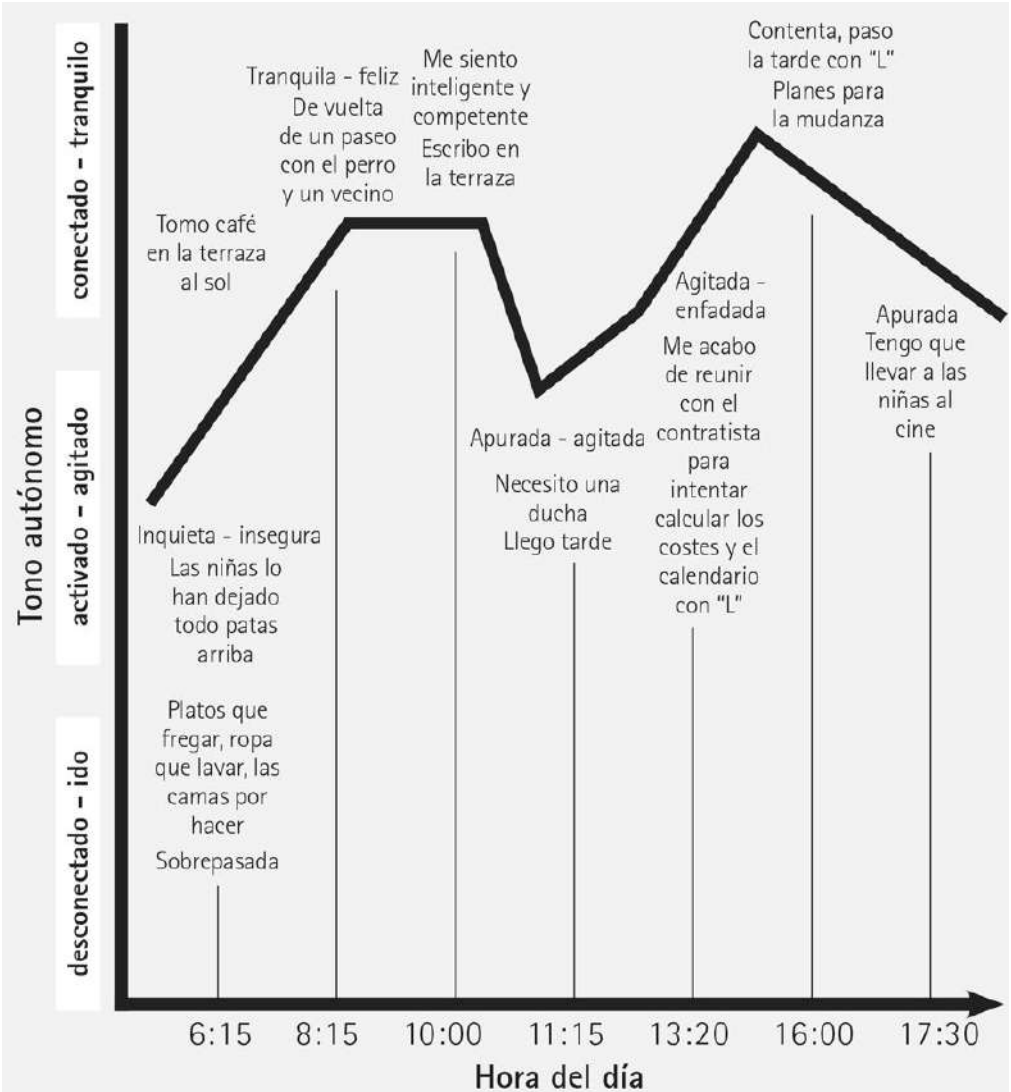


GRÁFICO DE TIEMPO Y TONO

© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.



EJEMPLO DEL GRÁFICO DE TIEMPO Y TONO

© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.

¿Que ocurrió?
Describe brevemente la experiencia. Incluye detalles de lo que ha pasado y tus respuestas autónomas.

Percibe y nombra las señales de PELIGRO.
¿Cuáles fueron las señales de peligro en el entorno? ¿Y en tu cuerpo?
¿Las sentiste a través de tu sistema de compromiso social?

Percibe y nombra las señales de SEGURIDAD.
¿Cuáles fueron las señales de seguridad en el entorno? ¿Y en tu cuerpo?
¿Las sentiste a través de tu sistema de compromiso social?

© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.

¿Cómo podrías **resolver** las señales de peligro? (entorno, cuerpo, sistema de compromiso social)

¿Cómo podrías **invitar** a las señales de seguridad? (entorno, cuerpo, sistema de compromiso social)

© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.

¿Que ocurrió?
Describe brevemente la experiencia. Incluye detalles de lo que ha pasado y tus respuestas autónomas.

Ver a alguien por primera vez después de un largo distanciamiento. Precipitarnos el uno hacia el otro sin estar preparados para la experiencia.

Sentí una ligera separación en mi cuerpo, como si comenzara una disociación. Noté una pesadez en el pecho, respiración superficial y sensación de calor.

Percibe y nombra las señales de PELIGRO.
¿Cuáles fueron las señales de peligro en el entorno? ¿Y en tu cuerpo? ¿Las sentiste a través de tu sistema de compromiso social?

Regresar a un lugar que tiene muchos recuerdos: donde quiera que vaya, hay algo que activa un recuerdo.

Ver inesperadamente a alguien y no poder prepararme para ello.

Intensa reacción corporal: huyo antes de disociarme.

Me pareció peligroso ver sus ojos y escuchar su voz. Tuve miedo de estar en la misma habitación.

Percibe y nombra las señales de SEGURIDAD.
¿Cuáles fueron las señales de seguridad en el entorno? ¿Y en tu cuerpo? ¿Las sentiste a través de tu sistema de compromiso social?

Escuchar y ver el océano siempre me calma. Este lugar está rodeado de agua, está a mi alrededor. Necesito acordarme de percibirlo.

Ahora tengo habilidades para rastrear el inicio de la disociación e interrumpir el proceso. Mantener mi cuerpo en movimiento me mantiene presente. La respiración me mantiene fuera del colapso.

Al mirar hacia atrás, había otras personas alrededor; había caras seguras que mirar y el sonido de amigos hablando y riendo.

© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.

¿Cómo podrías resolver las señales de peligro? (entorno, cuerpo, sistema de compromiso social)

Manteniéndome lejos de los lugares más desencadenantes.
Estando en espacios que me permitan seguir moviéndome, siempre con una salida cerca.
Planeando con antelación, intentando controlar el contacto para poder predecirlo y limitarlo.

Haciendo un seguimiento de mis respuestas autónomas en el momento para saber dónde estoy en la escalera y qué recursos utilizar.
Desconectando sin disociarme manteniendo una distancia física segura.
Prestando atención a mi respiración.

Practicando lo que podría hacer y decir; probándolo con alguien de confianza.
Asegurándome de que estoy con personas que me inspiran seguridad.

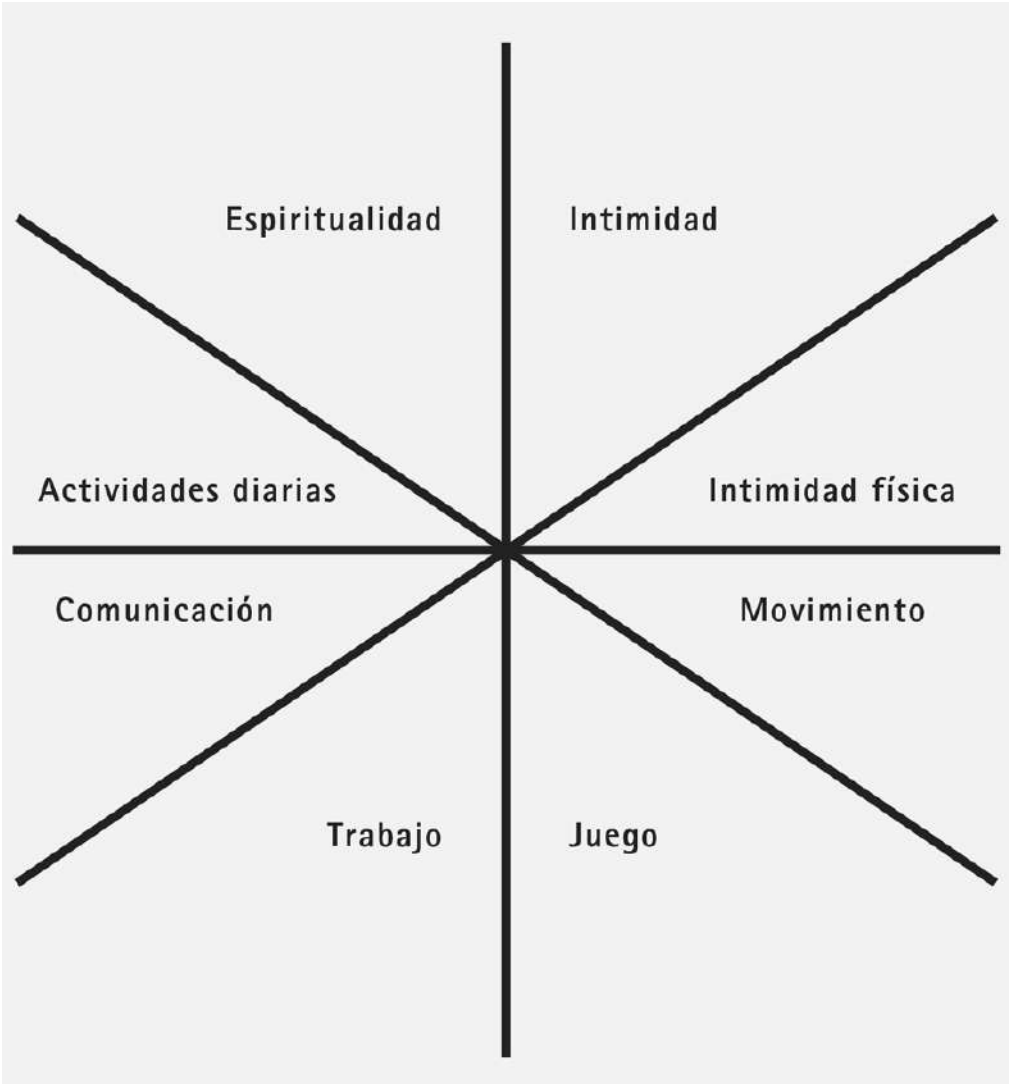
¿Cómo podrías invitar a las señales de seguridad? (entorno, cuerpo, sistema de compromiso social)

Manteniendo la conexión con la visión, el sonido y el olor del océano. Lo doy por sentado, ya que está por todas partes, y el recuerdo de bañarme en él me mantiene presente. Cuando estoy en conexión con el océano, siento gratitud y fuerza.
Llevando una piedra de la playa como talismán.
Creando un plan de "despegue" concreto, escribiéndolo y llevándolo en el bolsillo.

Permaneciendo en conexión con mi respiración. La respiración se ha convertido en una forma predecible de regularme. Confío en que mi sistema nervioso autónomo me diga lo que es seguro, cuándo moverme y cuándo conectar.

Mirando alrededor de la habitación para encontrar caras amigas. Sé que en este grupo siempre hay ojos amables. Buscando destellos y tomándome mi tiempo para saborearlos. Recordando que mis hermanas siempre están ahí para mí y que puedo llamarlas cuando quiera.

© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.



PATRONES Y TEMPO

© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.

Identifica los dos extremos del continuo. Usa las casillas para etiquetarlos. Luego muévete gradualmente entre ambos e identifica los lugares "intermedios". Utiliza el espacio que hay debajo del continuo para escribir un breve comentario sobre cada nuevo lugar que identifiques.

CONTINUO

Vagal dorsal
TIEMPO

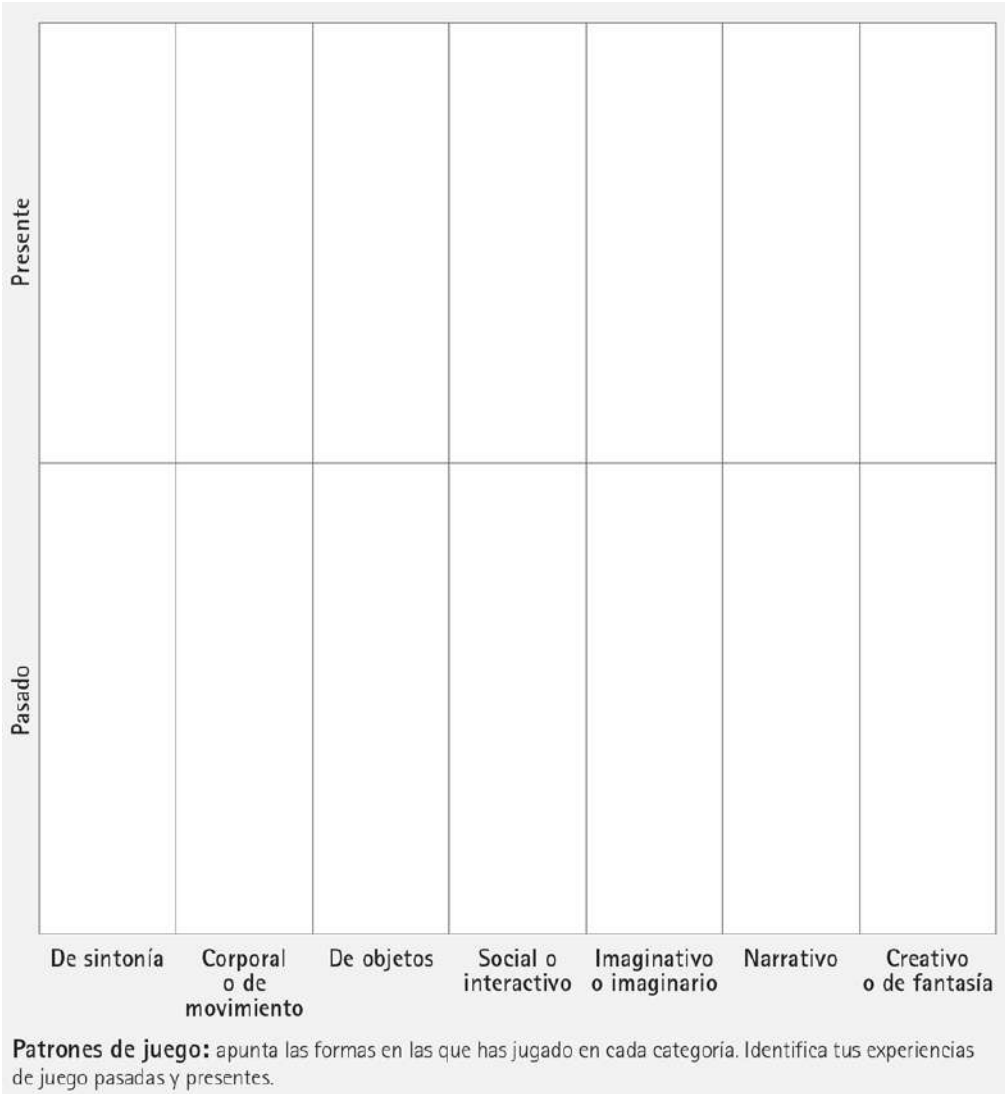
Vagal ventral
ALIMENTAR AL *SELF*

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.

1. Agotamiento, sensación de vacío.
2. Necesidad de pasar de un momento caótico al siguiente. ¡Como el demonio de Tasmania!
3. Respiración. "Estoy aquí ahora". Suelto el freno vagal para poder estar presente en este momento.
4. Vuelta al caos porque tengo que correr hacia el siguiente momento. ¡Carga del SNS!
5. De vuelta al agotamiento. Demasiadas cosas sin hacer. Verlas me sobrepasa. Vuelvo a sumergirme en un estado vagal dorsal.
6. Freno y respiro. Suelto el freno vagal para poder ver algunas opciones. Siento la energía vagal ventral.
7. Busco señales de seguridad.
8. Energía vagal ventral para ayudarme a reconocer y regular. Me pregunto: "¿Qué es lo que importa?".
9. Siento la luz que sustenta mi regulación. Enriquecimiento vagal ventral.

EJEMPLO DEL CONTINUO

© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.



PATRONES DE JUEGO

© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.

	De sintonía	Corporal o de movimiento	De objetos	Social o interactivo	Imaginativo o imaginario	Narrativo	Creativo o de fantasía
Presente	Problemas para encontrar un amigo cercano. Miedo a que vuelvan a dejarme atrás.	Yoga: posturas invertidas porque me encanta estar al revés... me recuerda a la alegría y la libertad que sentí al bucear.	Mi manta de la infancia (grandes recuerdos). Un collar hecho de tres piedras que encontré en sitios especiales con gente especial y que no me quito nunca; me sentiría perdida sin él.	Formar parte del grupo WOW (Women On the Water).	Me gusta imaginar un final distinto cuando las cosas se ponen demasiado difíciles. Es divertido fingir que soy otra persona para ver "cómo me queda".	Comprobar la reacción de la gente cuando cuento historias personales divertidas. Necesito amigos que se rían conmigo en momentos difíciles.	Viajar a lugares poco concurridos. Pensar en vivir y trabajar lejos de aquí. Todavía utilizo la fantasía para escapar.
Pasado	Tuve una mejor amiga hasta quinto... luego encontró otra amiga.	Patinar sobre ruedas. Nadar y bucear. Me encantaba estar en la piscina todo el día.	Mi muñeca "Fizzy". La manta que me hizo mi madrina.	Ir por el barrio con mis amigos, lejos de casa y de mi familia. Ir a casa de una amiga y formar parte de una familia "normal" por una tarde.	Mi amiga imaginaria: la señora Oh. Era segura y fiable.	Vivía en mis historias. Contaba historias divertidas de mí y de mi familia para que nadie profundizara.	Soñaba con ser una famosa atleta que viajaba por el mundo. En mis fantasías siempre me alejaba de mi familia y de mi casa.

Patrones de juego: apunta las formas en las que has jugado en cada categoría. Identifica tus experiencias de juego pasadas y presentes.

EJEMPLO DE LOS PATRONES DE JUEGO

© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.

Perfil de juego personal

De sintonía	
Corporal o de movimiento	
De objetos	
Social o interactivo	
Imaginativo o imaginario	
Narrativo	
Creativo o de fantasía	

¿Cuáles son tus "reglas de juego"? En cada categoría, identifica qué señales de peligro acaban con el juego, qué señales de seguridad fomentan una experiencia lúdica y qué creencias se asocian a cada categoría.

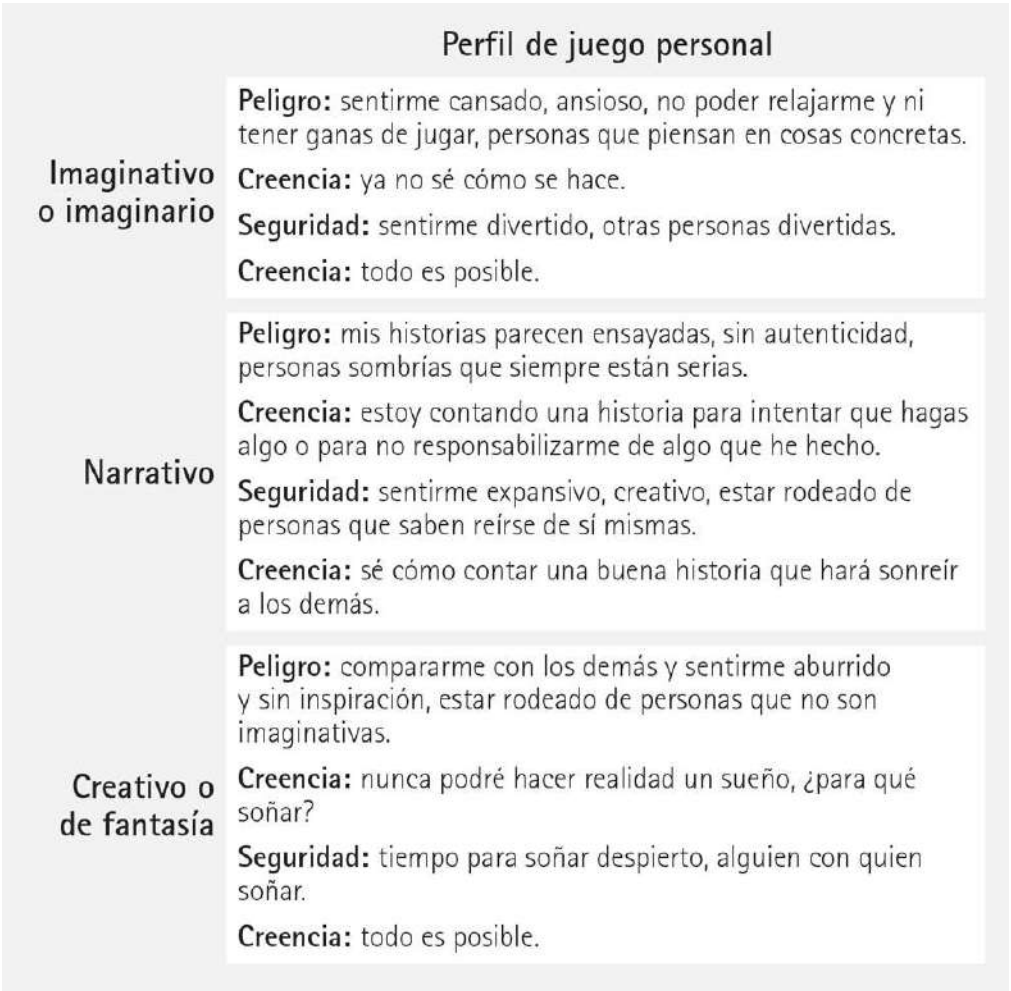
© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.

Perfil de juego personal

De sintonía	**Peligro:** una persona impredecible, señales confusas, un espacio ruidoso, un desajuste inesperado. **Creencia:** soy demasiado, muy intenso para esta persona. **Seguridad:** humor compartido, alguien que escucha. **Creencia:** me encanta la diversión y puedo aportar eso a esta relación.
Corporal o de movimiento	**Peligro:** no estar en sintonía con mi cuerpo, ignorar mis límites, sentir dolor. **Creencia:** no soy disciplinado. **Seguridad:** sentir un flujo, no tener conciencia de mí mismo, moverme en sincronía con otra persona. **Creencia:** puedo confiar en la forma en que se mueve mi cuerpo.
De objetos	**Peligro:** preocuparme por perder las cosas con las que me encanta jugar. **Creencia:** no puedo hacer un seguimiento de las cosas. **Seguridad:** cosas tangibles a las que puedo aferrarme que me hacen sonreír, cosas con recuerdos especiales incorporados. **Creencia:** no necesito cosas especiales para divertirme. Me gusta tenerlas, pero estaría bien sin ellas.
Social o interactivo	**Peligro:** sentirme cansado, atascado, no poder relajarme, demasiada gente, demasiada actividad en la sala. **Creencia:** ya no sé cómo se hace. No me acuerdo de cómo divertirme. **Seguridad:** estar rodeado de personas que son divertidas, sentirme infantil/divertido. **Creencia:** aporto alegría a las personas con las que estoy. Puedo iniciar el juego e invitar a otros a que se unan a mí.

EJEMPLO DEL PERFIL DE JUEGO PERSONAL, P. 1

© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.



EJEMPLO DEL PERFIL DE JUEGO PERSONAL, P. 2

© Deb Dana. Extraído de Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en la terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación.* Editorial Eleftheria.

REFERENCIAS

Algoe, S. B. y Haidt, J. (2009). Witnessing excellence in action: The "otherpraising" emotions of elevation, gratitude, and admiration. *Journal of Positive Psychology*, *4*(2), 105–127. DOI: 10.1080/17439760802650519

Al horr, Y., Arif, M., Katafygiotou, M., Mazroei, A., Kaushik, A. y Elsarrag, E. (2016). Impact of indoor environmental quality on occupant well-being and comfort: A review of the literature. *International Journal of Sustainable Built Environment*, *5*(1), 1–11. https://doi.org/10.1016/j.ijsbe.2016.03.006

Anthwal, N., Joshi, L. y Tucker, A. (2013). Evolution of the mammalian middle ear and jaw: Adaptations and novel structures. *Journal of Anatomy*, *222*(1), 147–160. DOI: 10.1111/j.1469-7580.2012.01526.x

Apicella, F., Chericoni, N., Costanzo, V., Baldini, S., Billeci, L., Cohen, D. y Muratori, F. (2013). Reciprocity in interaction: A window on the first year of life in autism. *Autism Research and Treatment*, *2013*, 705895. DOI: 10.1155/2013/705895

Beetz, A., Uvnäs-Moberg, K., Julius, H. y Kotrschal, K. (2012). Psychosocial and psychophysiological effects of human-animal interactions: The possible role of oxytocin. *Frontiers in Psychology*, *3*, 234. http://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00234

Belyk, M. y Brown, S. (2016). Pitch underlies activation of the vocal system during affective vocalization. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *11*(7), 1078–1088. DOI: 10.1093/scan/nsv074

Berger, J. (7 de julio de 2016). The goldilocks theory of product success. *Harvard Business Review*. Consultado en: https://hbr.org/2016/07/the-goldilocks-theory-of-product-success

Bezemer, J. y Kress, G. (2014). Touch: A resource for meaning making. *Australian Journal of Language and Literacy*, 37(*2*), 77–85.

Blaut, J., Stea, D., Spencer, C. y Blades, M. (2003). Mapping as a cultural and cognitive universal. *Annals of the Association of American Geographers*, *93*(1), 165–185.

Bloch-Atefi, A. y Smith, J. (2014). *The effectiveness of body-oriented psychotherapy: A review of the literature*. Melbourne, Australia: PACFA.

Bolwerk, A., Mack-Andrick, J., Lang, F. R., Dörfler, A. y Maihöfner, C. (2014). How art changes your brain: Differential effects of visual art production and cognitive art evaluation on functional brain connectivity. *PLOS ONE*, *9*(7), e101035. DOI: 10.1371/journal.pone.0101035

Brown, R. P. y Gerbarg, P. L. (2005). Sudarshan kriya yogic breathing in the treatment of stress, anxiety, and depression: Part I—neurophysiologic model. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *11*(1), 189–201. DOI: 10.1089/acm.2005.11.189

Brown, S. y Vaughn, C. (2009). *Play: How it shapes the brain, opens the imagination, and shapes the soul.* New York, NY: Penguin Books.

Brown, D. K., Barton, J. L. y Gladwell, V. F. (2013). Viewing nature scenes positively affects recovery of autonomic function following acute-mental stress. *Environmental Science & Technology*, *47*(11). DOI: 10.1021/es305019p

Bryant, F. B., Chadwick, E. D. y Kluwe, K. (2011). Understanding the processes that regulate positive emotional experience: Unsolved problems

and future directions for theory and research on savoring. *International Journal of Wellbeing*, *1*(1), 107–126. DOI: 10.5502/ijw.v1i1.18

Cacioppo, J. (2011, January 25). Psychologist John Cacioppo explains why loneliness is bad for your health. Consultado en: http://www.igsb.org/news/psychologist-john-cacioppo-explains-why-loneliness-is-bad-for-your-health

Cacioppo, J. T. y Cacioppo, S. (2014). Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and Personality Psychology Compass*, *8*(2), 58–72. http://doi.org/10.1111/spc3.12087

Carlson, K. y Shu, S. (2007). The rule of three: How the third event signals the emergence of a streak. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *104*(1), 113–121. DOI: 10.1111/eci.12256https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2007.03.004

Chanda, M. L. y Levitin, D. J. (2013). The neurochemistry of music. *Trends in Cognitive Sciences*, *17*(4), 179–193. DOI: 10.1016/j.tics.2013.02.007

Charité–Universitätsmedizin Berlin. (2011, May 16). How a person remembers a touch. *ScienceDaily*. Consultado en: http://www.sciencedaily.com/releases/2011/05/110510101048.htm

Chelnokova, O., Laeng, B., Løseth, G., Eikemo, M., Willoch, F. y Leknes, S. (2016). The μ-opioid system promotes visual attention to faces and eyes. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *11*(12), 1902–1909. http://doi.org/10.1093/scan/nsw116

Chinagudi, S., Badami, S., Herur, A., Patil, S., Shashikala, G. V. y Annkad, R. (2014). Immediate effect of short duration of slow deep breathing on heart rate variability in healthy adults. *National Journal of Physiology, Pharmacy, & Pharmacology*, *4*(3), 233–235. DOI: 10.5455/njppp.2014.4.060520141

Copland, A. (2017). *Cómo escuchar la música*. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España (original en inglés: 1998).

Craig, A. D. (2009a). How do you feel-now? The anterior insula and human awareness. *Nature Reviews Neuroscience,* 10, 59–70. DOI: 10.1038/nrn2555

Craig, A. D. (2009b). Emotional moments across time: A possible neural basis for time perception in the anterior insula. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *364*(1525), 1933–1942. http://doi.org/10.1098/rstb.2009.0008

Damasio, A. (2011). *El error de Descartes: la emoción, la razón y el cerebro humano.* Barcelona: Destino (original en inglés: 2005).

Delong, T. J. (2011). The comparing trap. *Harvard Business Review*. Consultado en: https://hbr.org/2011/06/the-comparing-trap.html

Denworth, L. (2015, July 1). The secret social power of touch. *Scientific American Mind*. Consultado en: https://www.scientificamerican.com/article/touch-s-social-significance-could-be-explained-by-uniquenerve-fibers

Devereaux, C. (2017). An interview with Dr. Stephen W. Porges. *American Journal of Dance Therapy*, *39*(27). DOI: 10.1007/s10465-017-9252-6

Diego, M. y Field, T. (2009). Moderate pressure massage elicits a parasympathetic nervous system response. *International Journal of Neuroscience*, *119*(5), 630–638. DOI: 10.1080/00207450802329605

Doidge, N. (2015). *The brain's way of healing*. New York, NY: Penguin Books.

Dolcos, S., Sung, K., Argo, J. J., Flor-Henry, S. y Dolcos, F. (2012). The power of a handshake: Neural correlates of evaluative judgments in observed social interactions. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *24*(12), 2292–2305. DOI: 10.1162/jocn_a_00295

Domes, G., Steiner, A., Porges, S. W. y Heinrichs, M. (2012). Oxytocin differentially modulates eye gaze to naturalistic social signals of happiness

and anger. *Psychoneuroendocrinology*, *38*(7). DOI: 10.1016/j.psyneuen.2012.10.002

Dutton, D. (febrero de 2010). A Darwinian theory of beauty [archivo de vídeo]. Consultado en: https://www.ted.com/talks/denis_dutton_a_darwinian_theory_of_beauty?language=en

Eisenberger, N. I. (2012). The neural bases of social pain: Evidence for shared representations with physical pain. *Psychosomatic Medicine*, *74*(2), 126–135. http://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3182464dd1

Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D. y Williams, K. D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302(5643), 290–292. DOI: 10.1126/science.1089134

Ewert, A., Klaunig, J., Wang, Z. y Chang, Y. (2016). Reducing levels of stress through natural environments: Take a park; not a pill. *International Journal of Health, Wellness, and Society*, 6(1). DOI: 10.18848/2156-8960/CGP/v06i01/35-43

Feldman, R., Singer, M. y Zagoory, O. (2010). Touch attenuates infants' physiological reactivity to stress. *Developmental Science*, *13*(2), 271–278. DOI: 10.1111/j.1467-7687.2009.00890.x

Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations, 7*, 117–140.

Field, T. (2014). *Touch.* Cambridge, MA: MIT Press.

Filippi, P. (2016). Emotional and interactional prosody across animal communication systems: A comparative approach to the emergence of language. *Frontiers in Psychology*, *7*, 1393. http://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01393

Fiske, S. T. (2010). Envy up, scorn down: How comparison divides us. *American Psychologist*, *65*(8), 10.1037/0003–066X.65.8.698. http://doi.org/10.1037/0003-066X.65.8.698

Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C. y Glick, P. (2007). Universal dimensions of social cognition: Warmth and competence. *Trends in Cognitive Sciences*, *11*(2), 77–83. https://doi.org/10.1016/j.tics.2006.11.005

Fosha, D. (2001). The dyadic regulation of affect. *Journal of Clinical Psychology/In Session*, *57*(2), 227–42. DOI: 10.1002/1097-4679(200102) 57:23.0.CO;2-1

Fuchs, T. y Koch, S. C. (2014). Embodied affectivity: On moving and being moved. *Frontiers in Psychology*, *5*, 508. http://doi.org/10.3389fpsyg.2014.00508

Gallace, A. y Spence, C. (2010). The science of interpersonal touch: An overview. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *34*(2), 246–259. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2008.10.004

Garland, E., Gaylord, S. y Park, J. (2009). The role of mindfulness in positive reappraisal. *Explore (New York, N.Y.)*, *5*(1), 37–44. http://doi.org/10.1016/j.explore.2008.10.001

Geller, S. M. y Porges, S. W. (2014). Therapeutic presence: Neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relationships. *Journal of Psychotherapy Integration, 24*(3), 178–192. http:/dx.doi.org/10.1037/a0037511

Gerbarg, P. L. y Brown, R. P. (2016, November 30). Neurobiology and neurophysiology of breath practices in psychiatric care. *Psychiatric Times*. Consultado en: http://www.psychiatrictimes.com/specialreports/neurobiology-and-neurophysiology-breath-practices-psychiatric-care

Golembiewski, J. (2017). Architecture, the urban environment and severe psychosis: Aetiology. *Journal of Urban Design and Mental Health*, 2(1). Consultado en: http://www.urbandesignmentalhealth.com/journal2-psychosis.html

Graham, L. T., Gosling, S. D. y Travis, C. K. (2015). The psychology of home environments: A call for research on residential space. *Perspectives on Psychological Science*, *10*(3), 346–356. DOI: 10.1177/1745691615576761

Grinde, B. y Patil, G. G. (2009). Biophilia: Does visual contact with nature impact on health and well-being? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *2009*(6), 2332–2343. DOI: 10.3390ijerph6092332

Haidt, J. (2000). The positive emotion of elevation. *Prevention and Treatment*, *3*(3). DOI: 10.1037/1522-3736.3.1.33c

Hall, S. E., Schubert, E. y Wilson, S. J. (2016). The role of trait and state absorption in the enjoyment of music. *PLOS ONE*, *11*(11), e0164029. http://doi.org/10.1371/journal.pone.0164029

Hanson, Rick. (2011). *El cerebro de Buda: la neurociencia de la felicidad, el amor y la sabiduría*. Santander: Editorial Milrazones (original en inglés: 2009).

Hawkley, L. y Cacioppo, J. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, *40*(2),218–227. DOI: 10.1007/s12160-010-9210-8

Hyde, M. (2013, July 5). The revolution is over: The rude phone users have won. *Guardian*. Consultado en: https://www.theguardian.com/commentisfree/2013/jul/05/revolutioin-rude-mobile-phone-users-won

Inagaki, T.K. y Eisenberger, N. I. (2013). Shared neural mechanisms underlying social warmth and physical warmth. *Psychological Science*, *24*(11), 2272–2280. DOI: 10.1177/0956797613492773

Ijzerman, H., Gallucci, M., Pouw, W. T., Weißgerber, S. C., Van Doesum, N. J. y Williams, K. D. (2012). Cold-blooded loneliness: Social exclusion leads to lower skin temperatures. *Acta Psychologica*, *140*(3), 283–238. DOI: 10.1016/j.actpsy.2012.05.002

Jamieson, J., Mendes, W. y Nock, M. (2012). Improving acute stress responses: The power of reappraisal. *Current Directions in Psychological Science*, *22*(1), 51–56. DOI: 10.1177/0963721412461500

Jerath, R., Crawford, M. W., Barnes, V. A. y Harden, K. (2015). Self-regulation of breathing as a primary treatment for anxiety. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, *40*(2), 107–115. DOI: 10.1007/s10484-015-9279-8

Jordan, A. H., Monin, B., Dweck, C. S., Lovett, B. J., John, O. P. y Gross, J. J. (2011). Misery has more company than people think: Underestimating the prevalence of others' negative emotions. *Personality & Social Psychology Bulletin*, *37*(1), 120–135. http://doi.org/10.1177014616721039082 2

Jose, P. E., Lim, B. T. y Bryant, F. B. (2012). Does savoring increase happiness? A daily diary study. *Journal of Positive Psychology*, *7*(3), 176–187. http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2012.671345

Kahn, P. H., Severson, R. L. y Ruckert, J. H. (2009). The human relation with nature and technological nature. *Current Directions in Psychological Science*, *18*(1). DOI: 10.1111/j.1467-8721.2009.01602.x

Kalyani, B. G., Venkatasubramanian, G., Arasappa, R., Rao, N. P., Kalmady, S. V., Behere, R. V., … Gangadhar, B. N. (2011). Neurohemodynamic correlates of "OM" chanting: A pilot functional magnetic resonance imaging study. *International Journal of Yoga*, *4*(1), 3–6. http://doi.org/10.4103/0973-6131.78171

Kashdan, T. B., Sherman, R. A., Yarbro, J. y Funder, D. C. (2013). How are curious people viewed and how do they behave in social situations? From the perspectives of self, friends, parents, and unacquainted observers. *Journal of Personality*, *81*(2), 142–154. http://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2012.00796.x

Keltner, D. (2012, July 31). The compassionate species. Consultado en: http://greatergood.berkeley.edu/article/item/the_compassionate_species

Keltner, D. (2016, May 10). Why do we feel awe? Consultado en: http:/greatergood.berkeley.edu/article/item/why_do_we_feel_awe

Keltner, D. y Haidt, J. (2003). Approaching awe, a moral, spiritual, and aesthetic emotion. *Cognition and Emotion*, *17*(2), 297–314. DOI: 10.1080/02699930302297

Kidd, C., Piantadosi, S. T. y Aslin, R. N. (2012). The Goldilocks effect: Human infants allocate attention to visual sequences that are neither too simple nor too complex. *PLOS ONE*, *7*(5), e36399. http:/doi.org/10.1371/journal.pone.0036399

Kidd, C., Piantadosi, S. T. y Aslin, R. N. (2014). The Goldilocks effect in infant auditory attention. *Child Development*, *85*(5), 1795–1804. http:/doi.org/10.1111/cdev.12263

Klarer, M., Arnold, M., Günther, L., Winter, C., Langhans, W. y Meyer, U. (2014). Gut vagal afferents differentially modulate innate anxiety and learned fear. *Journal of Neuroscience*, *34*(21), 7067–7076. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.0252-14.2014

Kogan, A., Oveis, C., Carr, E. W., Gruber, J., Mauss, I. B., Shallcross, A., … Keltner, D. (2014). Vagal activity is quadratically related to prosocial traits, prosocial emotions, and observer perceptions of prosociality. *Journal of Personality and Social Psychology*, *107*(6), 1051–1106. DOI: 10.1037/a0037509

Kok, B. E. y Fredrickson, B. L. (2010). Upward spirals of the heart: Autonomic flexibility, as indexed by vagal tone, reciprocally and prospectively predicts positive emotions and social connectedness. *Biological Psychology*, *85*(3), 432–436. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2010.09.005

Kok, B. E., Coffey, K. A., Cohn, M. A., Catalino, L. I., Vacharkulksemsuk, T., Algoe, S. B., ... Fredrickson, B. L. (2013). How positive emotions build physical health: Perceived positive social connections account for the

upward spiral between positive emotions and vagal tone. *Psychological Science*, *24*(7), 1123–1132. DOI: 10.1177/0956797612470827

Krcmarova, J. (2009). E. O. Wilson's concept of biophilia and the environmental movement in the USA. *Klaudyan: Internet Journal of Historical Geography and Environmental History.* Consultado en: http://www.klaudyan.cz/dwnl/200901/01_Krcmarova_pdf.pdf

Levine, P. (2010). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness.* Berkeley, CA: North Atlantic Books.

Levitin, D. (2016, February 16). Our brains are programmed for music— but is solitary listening keeping us from some of its benefits? *Billboard*. Consultado en: http://www.billboard.com/articles/news/6867464neuroscientist-daniel-levitin-sonos-listening-study-qa

Li, P., Janczewski, W. A., Yackle, K., Kam, K., Pagliardini, S., Krasnow, M. A. y Feldman, J. L. (2016). The peptidergic control circuit for sighing. *Nature*, *530*(7590), 293–297. DOI: 10.1038/nature16964

Mason, H., Vandoni, M., deBarbieri, G., Codrons, E., Ugargol, V. y Bernardi, L. (2013). Cardiovascular and respiratory effect of yogic slow breathing in the yoga beginner: What is the best approach? *EvidenceBased Complementary and Alternative Medicine*, *2013*, 743504. http:/dx.doi.org/10.1155/2013/743504

Master, A., Markman, E. M. y Dweck, C. S. (2012). Thinking in categories or along a continuum: Consequences for children's social judgments. *Child Development*, *83*(4), 1145–1163. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2012.01774.x

McGarry, L. M. & Russo, F. A. (2011). Mirroring in dance/movement therapy: Potential mechanisms behind empathy enhancement. *Arts in Psychotherapy*, *38*(3), 178–184. https://doi.org/10.1016/j.aip.2011.04.005

McRae, A. (2009). The continuing evolution of touch in psychotherapy. *USA Body Therapy Journal*, *8*(2), 40–46.

Mehling, W. E., Wrubel, J., Daubenmier, J. J., Price, C. J., Kerr, C. E., Silow, T., ... Stewart, A. L. (2011). Body awareness: A phenomenological inquiry into the common ground of mind body therapies. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine: PEHM*, *6*, 6. http://doi.org/10.1186/1747-5341-6-6

Mehta, N. (2011). Mind-body dualism: A critique from a health perspective. *Mens Sana Monographs*, *9*(1), 202–209. http://doi.org/10.4103/0973-1229.77436

Milteer, R. M. y Ginsberg, K. R. (2012). The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds: Focus on children in poverty. *Pediatrics*, *129*(1). DOI: 10.1542/peds.2011-2953

Nichols, W. J. y Cousteau, C. (2014). *Blue mind: The surprising science that shows how being near, in, or under water can make you happier, healthier, more connected, and better at what you do.* New York, NY: Little, Brown.

Nisbet, E., Zelenski, J. y Murphy, S. (2011). Happiness is in our nature: Exploring nature relatedness as a contributor to subjective wellbeing. *Journal of Happiness Studies*, 12(2):303-322. doi 10.1007/s10902-010-9197-7

Norris, C. J., Larsen, J. T., Crawford, L. E. y Cacioppo, J. T. (2011). Better (or worse) for some than others: Individual differences in the positivity offset and negativity bias. *Journal of Research in Personality*, *45*(1), 100–111. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2010.12.001

Ogden, P. & Fisher, J. (2015). *Sensorimotor psychotherapy: Interventions for trauma and attachment.* New York, NY: Norton.

Owen, N., Sparling, P. B., Healy, G. N., Dunstan, D. W. y Matthews, C. E. (2010). Sedentary behavior: Emerging evidence for a new health risk. *Mayo Clinic Proceedings*, *85*(12), 1138–1141. http://doi.org/10.4065mcp.2010.0444

Panksepp, J. y Biven, L. (2012). *The archaeology of mind: Neuroevolutionary origins of human emotion.* New York, NY: Norton.

Papathanassoglou, E. D. y Mpouzika, M. D. (2012). Interpersonal touch: Physiological effects in critical care. *Biological Research for Nursing*, *14*(4), 4310443. DOI: 10.1177/1099800412451312

Park, G. y Thayer, J. (2014). From the heart to the mind: Cardiac vagal tone modulates top-down and bottom-up visual perception and attention to emotional stimuli. *Frontiers in Psychology*, *5*, 278. https:/doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00278

Payne, P., Levine, P. A. y Crane-Godreau, M. A. (2015). Somatic experiencing: Using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in Psychology*, *6*, 93. http://doi.org/10.3389fpsyg.2015.00093

Piff, P. K., Dietze, P., Feinberg, M., Stancato, D. M. y Keltner, D. (2015). Awe, the small self, and prosocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, *108*(6), 883–899. DOI: 10.1037/pspi0000018

Piper, W. T., Saslow, L. R. y Saturn, S. R. (2015). Autonomic and prefrontal events during moral elevation. *Biological Psychology*, *108*, 51–55. https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2015.03.004

Porges, S. W. (n.d.). The polyvagal theory for treating trauma [webinar]. Consultado en: http://stephenporges.com/images/stephen%20porges%20interview%20nicabm.pdf

Porges, S. W. (1997). Emotion: An evolutionary by-product of the neural regulation of the autonomic nervous system. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *807*, 62–77. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1997.tb51913.x

Porges, S. W. (2003). The polyvagal theory: Phylogenetic contributions to social behavior. *Physiology & Behavior*, *79*, 503–513.

Porges, S. W. (mayo de 2004). Neuroception: A subconscious system for detecting threats and safety. *Washington, DC: Zero to Three.*

Porges, S. W. (2006). How your nervous system sabotages your ability to relate (Ravi Dykema, Interviewer) [transcripción]. Consultado en: http://acusticusneurinom.dk/wp-content/uploads/2015/10/polyvagal_interview_porges.pdf

Porges, S. W. (2009a). The polyvagal theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, *76*(Suppl 2), S86–S90. http://doi.org/10.3949/ccjm.76.s2.17

Porges, S. W. (2009b). Reciprocal influences between body and brain in the perception and expression of affect: A polyvagal perspective. En D. Fosha, D. J. Siegel y M. F. Solomon (eds.), *The power of emotion: Affective neuroscience, development & clinical practice.* (pp. 27–54) New York, NY: Norton.

Porges, S. W. (2010). Music therapy and trauma: Insights from the polyvagal theory. En K. Stewart (ed.), *Music therapy and trauma: Bridging theory and clinical practice*. (pp. 3–15) New York, NY: Satchnote Press.

Porges, S. W. (noviembre de 2011). Somatic perspectives on psychotherapy (entrevista de S. Prengel) [transcripción]. Consultado en: http://stephenporges.com/images/somatic%20perspectives%20interview.pdf

Porges, S. W. (2012). Polyvagal theory: Why this changes everything [webinar]. En NICABM Trauma Therapy Series. Consultado en: http://www. docucu-archive.com/view/f955e7b912128531339b01a319b1d936/Polyvagal-Theory%3A-Why-This-Changes-Everything.pdf

Porges, S. W. (2013). Beyond the brain: How the vagal system holds the secret to treating trauma [webinar]. Consultado en: http://stephenporges.com/images/nicabm2.pdf

Porges, S. W. (2015a). Making the world safe for our children: Down-regulating defence and up-regulating social engagement to "optimise" the human experience. *Children Australia*, *40*(2), 114–123. DOI: 10.1017/cha.2015.12

Porges, S. W. (2015b). Play as a neural exercise: Insights from the polyvagal theory. En D. Pearce-McCall (ed.), *The power of play for mind brain health* (pp. 3–7). Consultado en: http://mindgains.org

Porges, S. W. (septiembre de 2016). Mindfulness and co-regulation [podcast]. Consultado en: http://activepause.com/porges-mindfulness-regulation

Porges, S. W. (2017). *La teoría polivagal: fundamentos neurofisiológicos de las emociones, el apego, la comunicación y la autorregulación*. Madrid: Ediciones Pléyades (original en inglés: 2011).

Porges, S. W. (2017b). Vagal pathways: Portals to compassion. En E. M. Seppala, E. Simon-Thomas, S. L. Brown, M. C. Worline, C. D. Cameron y J. R. Doty (eds.), *Oxford handbook of compassion science.* (pp. 189–202). New York, NY: Oxford University Press.

Porges, S. W. (2018). *Guía de bolsillo de la teoría polivagal: el poder transformador de sentirse seguro*. Barcelona: Editorial Eleftheria (original en inglés: 2017).

Porges S. W. y Carter C. S. (2011). Neurobiology and evolution: Mechanisms, mediators, and adaptive consequences of caregiving. En S. L. Brown, R. M. Brown, and L. A. Penner (eds.), *Self interest and beyond: Toward a new understanding of human caregiving* (pp. 53–71). New York: Oxford University Press.

Porges, S. W. y Carter, C. S. (2017). Polyvagal theory and the social engagement system: Neurophysiological bridge between connectedness and health. En P. L. Gerbarg, P. R. Muskin y R. P. Brown (eds.), *Complementary and integrative treatments in psychiatric practice* (pp. 221–240). Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.

Porges, S. W. y Furman, S. A. (2011). The early development of the autonomic nervous system provides a neural platform for social behaviour: A polyvagal perspective. *Infant and Child Development*, *20*(1), 106–118. DOI: 10.1002/icd.688

Rim, S. Y., Hansen, J. y Trope, Y. (2013). What happens why? Psychological distance and focusing on causes versus consequences of events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(3), 457–472. DOI: 10.1037/a0031024

Rudd, M., Vohs, K. D. y Aaker, J. (2012). Awe expands people's perception of time, alters decision making, and enhances well-being. *Psychological Science*, *23*(10), 1130–1136. DOI: 10.1177/0956797612438731

Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W. y Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 38(4), 406–412. DOI: 10.1037/a0022140

Satpute, A. J., Nook, E. C., Narayanan, S., Shu, J., Weber, J. y Ochsner, K. (2016). Emotions in "black and white" or shades of gray? How we think about emotion shapes our perception and neural representation of emotion. *Psychological Science*, *27*(11), 1428–1442 DOI: 10.1177/0956797616661555

Scott, M., Yeung, H. H., Gick, B. y Werker, J. F. (2013). Inner speech captures the perception of external speech. *Journal of the Acoustical Society of America*, *133*(4), EL286–292. DOI: 10.1121/1.4794932

Schäfer, T., Sedlmeier, P., Städtler, C. y Huron, D. (2013). The psychological functions of music listening. *Frontiers in Psychology*, *4*, 511. http:/doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00511

Schröder, M. (2003). Experimental study of affect bursts. *Speech Communication*, *40*(1–2), 99–116. https://doi.org/10.1016/S0167-6393(02) 00078-X

Schwarz, R. (2018). Energy psychology, polyvagal theory, and the treatment of trauma. En S.W. Porges & D. Dana (eds.), *Clinical applications of the polyvagal theory: The emergence of polyvagal-informed therapies.* New York, NY: Norton.

Seppala, E., Rossomando, T. y Doty, J. (2013). Social connection and compassion: Important predictors of health and well-being. *Social Research*, *80*(2), 411–430. DOI: 10.1353/sor.2013.0027

Shaltout, H. A., Tooze, J. A., Rosenberger, E. y Kemper, K. J. (2012). Time, touch, and compassion: Effects on autonomic nervous system and well-being. *Explore*, *8*(3), 177–184. DOI: 10.1016/j.explore.2012.02.001

Shiota, M. N., Keltner, D. y Mossman, A. (2009). The nature of awe: Elicitors, appraisals, and effects on self-concept. *Cognition and Emotion*, *21*(5). DOI: 10.1080/02699930600923668

Siegel, D. (2011). *Mindsight*. Barcelona: Paidós (original en inglés: 2010).

Simon-Thomas, E. R., Keltner, D. J., Sauter, D., Sinicropi-Yao, L. y Abramson, A. (2009). The voice conveys specific emotions: Evidence from vocal bursts. *Emotion*, *9*(6), 838–846. DOI: 10.1037/a0017810

Slavich, G. M. y Cole, S. W. (2013). The emerging field of human social genomics. *Clinical Psychological Science*, *1*(3), 331–348.

Speer, M. E., Bhanji, J. P. y Delgado, M. R. (2014). Savoring the past: Positive memories evoke value representations in the striatum. *Neuron*, *84*(4), 847–856. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.neuron.2014.09.028

Stellar, J. E., Cohen, A., Oveis, C. y Keltner, D. (2015). Affective and physiological responses to the suffering of others: Compassion and vagal activity. *Journal of Personality and Social Psychology*, *108*(4). DOI: 10.1037/pspi0000010

Stillman, T. F., Baumeister, R. F., Lambert, N. M., Crescioni, A. W., DeWall, C. N. y Fincham, F. D. (2009). Alone and without purpose: Life loses

meaning following social exclusion. *Journal of Experimental Social Psychology*, *45*(4), 686–694. http://doi.org/10.1016/j.jesp.2009.03.007

Sumner, T. (2016, April 30). Thinking outside the Goldilocks zone. *Science News*. DOI: 10.1017/S0954579416000456 Consultado en: https://www.sciencenews.org/article/how-aliencan-planet-be-andstill-support-life

Thomas, J. y McDonagh, D. (2013). Shared language: Towards more effective communication. *Australian Medical Journal*, *6*(1), 46–54. http//dx.doi.org/10.4066/AMJ.2013.1596

Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, *44*(2), 112–119.

Tronick, E. y Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, *17*(2), 147–156. DOI: 10.1080/10673220902899714

Turkle, S. (2015). *Reclaiming the power of conversation: The power of talk in a digital age*. New York, NY: Penguin Press.

van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Editorial Eleftheria (original en ingles: 2014).

Vickhoff, B., Malmgren, H., Åström, R., Nyberg, G., Ekström, S.R., Engwall, M., … Jörnsten, R. (2013). Music structure determines heart rate variability of singers. *Frontiers in Psychology*, *4*, 334. http:/doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00334

Vlemincx, E., Van Diest, I. y Van der Bergh, O. (2012). A sigh following sustained attention and mental stress: Effects on respiratory variability. *Physiology and Behavior*, *107*(1), 1–6. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2012.05.013

Vlemincx, E., Taelman, J., Van Diest, I. y Van der Bergh, O. (2010). Take a deep breath: The relief effect of spontaneous and instructed sighs.

Physiology and Behavior, *101*(1), 67–73. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2010.04.015

Watson, N., Wells, T. y Cox, C. (1998). Rocking chair therapy for dementia patients: Its effect in psychosocial well-being and balance. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 13, 296-308.

White, M., Smith, A., Humphryes, K., Pahl, S., Snelling, D. y Depledge, M. (2010). Blue space: The importance of water for preference, affect, and restorativeness ratings of natural and built scenes. *Journal of Environmental Psychology*, *30*(4), 482–493. https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2010.04.004

Williams, L. E. y Bargh, J. A. (2008). Experiencing physical warmth promotes interpersonal warmth. *Science*, *322*(5901), 606–607. http://doi.org/10.1126/science.1162548

Williamson, J. B., Porges, E. C., Lamb, D. G. y Porges, S. W. (2015). Maladaptive autonomic regulation in PTSD accelerates physiological aging. *Frontiers in Psychology*, *5*, 1571. http://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01571

Yerkes R. M., Dodson J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*. 18: 459–482. DOI: 10.1002/cne.920180503

Yoto, A., Katsuura, T., Iwanaga, K. y Shimomura, Y. (2007). Effects of object color stimuli on human brain activities in perception and attention referred to EEG alpha band response. *Journal of Physiological Anthropology*, *26*(3), 373–379. DOI: 10.2114/jpa2.26.373

ÍNDICE POR PALABRAS

abundancia
· salir de la escasez hacia la acción
· del freno vagal
· del nervio vago
· eje HHA en la preparación del cuerpo para la
· eje SAM en la preparación del cuerpo para la
· sistema nervioso simpático y activación
· autónoma
· mapa de desencadenantes y destellos para llamar la atención sobre los momentos de
· respiración y activación autónoma
· ejercicio de activación del sistema nervioso simpático

· respuestas a la
acuerdo sobre el contacto físico
· creación de un
agua
· impacto en el entorno terapéutico
aislamiento
· aumento del
“al servicio de la supervivencia”
alivio
· suspiros de
Als, H.
Anaximandro
Angelou, M.
apapacho
apego
· corregulación y
· seguridad autónoma como preámbulo al
apretón de manos
arritmia sinusal respiratoria (ASR)
Asimov, I.
asociación

· ejemplo de
asombro
· conectar con el
· descripción
· efectos secundarios de las experiencias de
· sensación de prodigio y
ASR. *Ver* arritmia sinusal respiratoria (ASR)
Aurelio, M.
autocompasión
· al trabar amistad con el sistema nervioso
· definición
autocrítica como respuesta habitual
autorreflexión
· capacidad para la
autorregulación
· regulación interactiva y
barorreceptor(es)
bienestar
· físico
· fisiológico
· sensación de

bienestar físico
· regulación autónoma para el
bienestar fisiológico
· regulación autónoma para el
“biofilia”
Blue Mind
Bryant, F. B.
Buck, P. S.
Buda, 81
caja de arena
· en la conexión compasiva
calidez
· física frente a social
calidez en el sistema de compromiso social
calidez social
calma
· experimentar con la
· experimentar la
· explorar el historial de
· imaginar la
· nombrar la

· observar la
· ternura de la
“camino de última instancia”
“camino hacia el bebé”
Camus, A.
cantar
canto
capacidad de corregulación
Caperucita Roja
cerebro en la regulación vagal. *Ver también* regulación vagal
“ciencia de la conexión”
“circuito de seguridad”
· papeles del
circuito vagal dorsal
· evolución del
· papel del
Cleary, B.
colapso vagal dorsal
· recuperación del
Cole, S. W.
color y evocación de excitación fisiológica y de efectos psicológicos

Cómo escuchar la música
comparación como experiencia universal
comparar gráficos
· en la experiencia comparativa
· trampa de la comparación
compromiso social
· nervio vago ventral en el
comunicación
· contacto físico en la
· mensajes de texto como la forma más común de
conciencia
· autónoma
· consciente
· del momento presente
conciencia autónoma
· como parte de la experiencia del *self*
· mapas en la creación del hábito de la
conciencia consciente
· danza subyacente a la
conciencia del momento presente
"conducto de conexión"

· nervio vago como

conectividad como imperativo biológico

conexión

· a través de expresiones vocales

· caso práctico

· ciencia de

· compasiva. *Ver también* conexión compasiva

· configuración para la

· corregulación

· física

· mente-cuerpo

· nervio vago ventral en la

· oportunidades perdidas

· patrones de

· poder de

· relacionada con el asombro

· sistema nervioso autónomo en la

· social. *Ver también* conexión social

· tempo en la

· tendencia descendente en la

· vía ventral vagal para apoyar sentimientos de

· volver a la
conexión compasiva
· caja de arena en la
· ejercicios de
· escribiendo sobre tu ritmo en la
· esculpir en la
· estado vagal ventral en la
· mapas artísticos en la
· mapas musicales en la
· mapear en el espacio en la
· mostrar y contar en la
· moverte con tu mapa en la
conexión física como saludo
conexión mente-cuerpo
conexión social
· falta de
· investigación sobre
confianza
· en la disposición y capacidad para ser responsable de estados autónomos
configurado para conectar, 44-51. *Ver también* conexión

“confort térmico”
· impacto en el entorno terapéutico
conocimiento autónomo
contacto físico
· apretón de manos
· en la comunicación
· en la estimulación del sistema nervioso autónomo
· en la expresión de presencia y empatía, 153
· en las emociones
· hablar y enseñar acerca del
· interpersonal
· poder curativo del
· usos para el
contacto interpersonal
continuo
· creación de un
· ejercicio
Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño sobre el juego
conversación y reciprocidad
Copérnico

Copland, A.
corregulación
· como requisito para sentirse seguro
· de las conexiones
· en la esencia de las relaciones positivas
· en la teoría polivagal
· en supervivencia
· fundamentos de seguridad y apego a través de la
· necesidad y habilidad en la
corteza temporal
Cousteau, C.
Craig, A. D.
crecer
· requisitos para
cuerpo
· regulación a través del
Chödrön, P.
da Vinci, L.
Dalai Lama XIV
Damasio, A.
Dana, D.

desajuste emocional
· reparación del
Descartes
desconexión
· momentos no intencionales de
desencadenante(s)
· definición
· identificación de
destello(s)
· definición
· identificación de los
· papel de los
detector de estados
· convertirse en un experto
diafragma en la respiración
Dickinson, E.
digestión
· vía vagal dorsal en la regulación de la
Dobzhansky, T.
Doidge, N.
dolor y soledad

dualismo cartesiano
Duchenne, G.
ecuación de reciprocidad
· encontrar equilibrio en la
efecto Ricitos de Oro
eje HHA. *Ver* eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal (HHA)
eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal (HHA) en la preparación del cuerpo para la acción
eje SAM. *Ver* eje simpático adrenal medular (SAM)
eje simpático adrenal medular (SAM) en la preparación del cuerpo para la acción
ejemplo de la sopa del día
ejemplo de patrones de juego
ejemplo del gráfico de Ricitos de Oro
ejemplo del gráfico de tiempo y tono
ejemplo del mapa de desencadenantes y destellos
ejemplo del mapa de perfil personal
ejemplo del mapa de recursos reguladores
ejemplo del perfil de juego personal
ejemplo del seguimiento de cuatro mapas
ejercicio. *Ver también tipos específicos*

· de conexión compasiva
· de creación de un entorno seguro
· de estados entrelazados
· de estar presente en los estados autónomos
· de regulación a través del cuerpo
· de regulación vagal
· de tonificación del sistema con respiración y sonido
· del sistema nervioso autónomo como sistema relacional
· SIFT
ejercicio de la sopa del día
· para estar presente en estados autónomos
ejercicio de las tres nuevas formas en la regulación vagal
ejercicio del suspiro de alivio
ejercicio del camino a la terapia
· sobre cómo el sistema nervioso autónomo encuentra su camino
ejercicio del proceso de reciprocidad, ruptura y reparación
ejercicios de moverte con tu mapa en la conexión compasiva
elevación
Emerson, R. W.
emoción
· contacto físico en la

· regulación de la
· saborear en la regulación de la
empatía
· contacto físico en la expresión de
energía vagal ventral
enfoque polivagal de la terapia
· las cuatro R en el
entorno
· sistema nervioso autónomo en sintonía con las condiciones del
· sistema nervioso autónomo escuchando disimuladamente el
· terapia. *Ver* entorno terapéutico
entorno doméstico
· sentido autónomo del
· señales de seguridad y peligro en el
entorno seguro
· creación de un
· ejercicios en un
entorno terapéutico
· agua en el
· como bienvenida
· efectos en el trabajo clínico

· naturaleza en el
· paisajes en el
· señales en el
· temperatura en el
· vía pasiva de la neurocepción en el
equilibrio dinámico
escalera autónoma
· arriba de
· casos prácticos
· movimientos diarios en la
· parte inferior de la
· parte superior de la
escasez
· de la … a la abundancia
escribir
· en la conexión compasiva
· sobre el ciclo de estados
· sobre tu ritmo
· sobre un estado
escucha
· planos sensuales y expresivos de la,

Escuela de Medicina de la Universidad de Miami
· Instituto de Investigación del Tacto en la
esculpir en la conexión compasiva
espacio
· mapear en el. *Ver también* mapear en el espacio
estado intermedio
estado(s)
· autónomo. *Ver también* estar presente en los estados autónomos; estado(s) autónomo(s)
· entrelazados. *Ver también* estados entrelazados
· escribir sobre ciclo de
· escribir sobre un
· saborear el
· ver a través del
estado(s) autónomo(s)
· confiar en la voluntad y la capacidad de ser responsable de los
· estar presente en los
· respiración para personificar los … del paciente
estados entrelazados. *Ver también tipos específicos, por ejemplo,* asombro
· asombro
· ejercicios de

· elevación

· magia del juego

· ternura de la calma. *Ver también* calma

estado vagal dorsal

· en el mapa de desencadenantes y destellos

· en el mapa del perfil personal

estado vagal ventral

· de regulación

· descripción

· en conexiones compasivas

· en el mapa de desencadenantes y destellos

· en el mapa del perfil personal

· sistema de compromiso social y

estar presente en los estados autónomos

· ejercicio de la sopa del día y

· ejercicios de

· energía de

· experiencia de comparación en

· gráfico de Ricitos de Oro y

· gráfico de tiempo y tono y

· guía de Ricitos de Oro y. *Ver también entradas de* Ricitos de Oro

· práctica de percibir y nombrar y

· seguimiento de cuatro mapas y

estudio de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Rochester

exhalación

· imágenes para explorar el ritmo de

expectativas autónomas

· neurocepción y

experiencia(s)

· de asombro

· de ruptura

· en la conformación del sistema nervioso autónomo

· inmovilización sin miedo

· mente-cuerpo

· respuesta vagal dorsal al continuo de

· saborear

experiencia de comparación

· al estar presente en los estados autónomos

· comparar gráficos en la

· vías de respuesta a la

experiencia de inmovilización sin miedo

experiencia mente-cuerpo

experimento de las gafas de sol
exploración individual en el mapeo en el espacio
exploración interactiva en el mapeo en el espacio
expresiones vocales
· conectar a través de
familia(s) en el mapeo en el espacio
Feldenkrais
felicidad
· canturrear como fuente de
Ferenczi
ficha(s)
· ejemplo de hojas de señales
· ejemplo de la sopa del día
· ejemplo de los patrones de juego
· ejemplo del gráfico de Ricitos de Oro
·ejemplo del gráfico de tiempo y tono
· ejemplo del mapa de desencadenantes y destellos
· ejemplo del mapa de perfil personal
· ejemplo del mapa de recursos reguladores
· ejemplo del perfil de juego personal
· ejemplo del seguimiento de cuatro mapas
· gráfico de Ricitos de Oro

· gráfico de tiempo y tono
· hojas de señales
· mapa de desencadenantes y destellos
· mapa de perfil personal
· mapa de recursos reguladores
· patrones de juego
· perfil de juego personal
· seguimiento de cuatro mapas
· sopa del día
flexibilidad autónoma
· conformación de la
frecuencia respiratoria media
freno vagal
· acciones del
· ejercitar el
· en la teoría polivagal
· liberación del
· respetar el
· y las demandas de relajación y accionamiento del día a día
Freud, S.
Fuller, M.

gráfico de Ricitos de Oro
gráfico de tiempo y tono
· al estar presente en los estados autónomos
Graham, L.
Graham, M.
Grant, D.
Greater Good Science Center
grupo(s) al mapear en el espacio
guía de Ricitos de Oro para estar presente
hablar
· al ejercitar los elementos del sistema de compromiso social
· sobre el contacto físico
hacer pompas para conectar con la respiración
Haidt, J.
“hambre de contacto”
“hambre relacionada con el tacto”
Hanson, R.
Hecato
Hermanos Grimm
historia de Ramona
historial de juegos

· explorar el
hoja de señales
· ejemplo
· ejercicio en un entorno seguro
· ficha de
homeostasis
Homero
Ilíada
imágenes en la exploración del ritmo de la inhalación y exhalación
información ascendente
inhalación
· imágenes en la exploración del ritmo de
iniciativa del MIT sobre tecnología y personalidad
inmovilización
· nervio vago dorsal en la
inseguridad
· neurocepción de
insolencia biológica
· en la teoría polivagal
· momentos de
· reparación de la

Instituto de Investigación del Tacto en la Escuela de Medicina de la Universidad de Miami
Instituto Nacional para el Juego sobre patrones de juego
intención
· respirar con
James, W.
Jefferson, T.
jerarquía autónoma
· estar presente en la
· protección mediante el movimiento
· raíces tempranas de la
· respuesta en la
· seguro y social,
jerarquía de respuesta en el sistema nervioso autónomo
jerarquía en teoría polivagal
juego
· como lenguaje universal de los niños
· Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y
· creativo (fantasía)
· de cuerpo y movimiento
· de objetos

· de sintonía
· descripción
· ejercicios sobre el
· experimentar con el
· imaginativo (imaginario)
· magia del
· narrativo
· patrones de
· polivagal
· práctica de
· respuestas autónomas al
· social (interactivo)
juego creativo (de fantasía)
juego de cuerpo y movimiento
juego de fantasía
juego de objetos
juego de sintonía
juego imaginativo (imaginario)
juego social (interactivo)
juego narrativo
juego polivagal

Kalyani, B. G.

Keltner, D.

Kok, B. E.

La teoría polivagal: fundamentos neurofisiológicos de las emociones, el apego, la comunicación y la autorregulación

lenguaje

· autónomo

· compartido

· de la teoría polivagal

· del sistema nervioso autónomo

· juego como

lenguaje autónomo compartido

lenguaje compartido

· creación de

“lenguaje del diseño”

Levine, P.

Levitin, D.

listas de reproducción en la conexión compasiva

llamada a la acción

· sistema vagal ventral en la regulación de la

Macy, R.

magia del juego. *Ver también* juego

mapa(s)

- · autónomos. *Ver también* mapeo autónomo
- · como herramientas poderosas
- · en la construcción del hábito de la conciencia autónoma
- · escalera
- · historia de
- · mapa de desencadenantes y destellos
- · mapa de recursos reguladores
- · mapa del perfil personal
- · mapas artísticos
- · moverte con tu mapa
- · musical

mapa de desencadenantes y destellos

- · al llamar la atención sobre los momentos de activación y regulación
- · estado vagal dorsal en el
- · estado vagal ventral activado
- · propósito del
- · sistema nervioso simpático activado

mapa de recursos reguladores

- · completar el

· propósito del
mapa del perfil personal
· completar el
· estado vagal dorsal y
· estado vagal ventral y
· estructura del
· propósito del
· sistema nervioso simpático y
mapas artísticos y conexión compasiva
mapas de escalera
mapas musicales en la conexión compasiva
mapeo autónomo
· beneficios del
· como herramienta poderosa
· mapa de desencadenantes y destellos y
· mapa de recursos reguladores y
· mapa del perfil personal y
· mapas y
· objetivo del
mapeo del movimiento en la conexión compasiva
mapeo en el espacio

· aprendizaje del terapeuta
· en la conexión compasiva
· exploración individual
· exploración interactiva
· familias y grupos
· parejas
Mason, H.
meditación. *Ver también tipos específicos, por ejemplo,* meditación del sistema integrado
· autónoma
“meditación de amor-amabilidad”
meditación de benevolencia
meditación de calma con seguridad
meditación de mapear, seguir, respetar, nutrirse
meditación de navegación autónoma
meditación de respetar el freno vagal
meditación del antiguo vago
meditación del sistema integrado
meditaciones autónomas
· antiguo vago
· benevolencia

· calma con seguridad
· mapear, seguir, respetar, nutrirse
· navegación autónoma
· respetar el freno vagal
· sentir la conexión cara-corazón
· sistema integrado
mensajes de texto como la forma más común de comunicación
Merton, T.
Miguel Ángel
momentos de desconexión
momentos de reciprocidad
· imaginar
momentos de sintonía emocional
momentos no intencionados de desconexión
Mona Lisa
mostrar y contar en la conexión compasiva
movilización
· sistema nervioso simpático en la
movilizar
· capacidad para
movimiento(s)

· como imprescindible
· con transiciones suaves
· ejercicio de
· en la conexión compasiva
· en la configuración del sistema nervioso autónomo
· enfoque del
· explorar los límites del
· reflejo del
· sistema nervioso autónomo como sistema de
· sistema nervioso simpático en
· tres
“muerto de miedo”
Muran, J. C.
música en la conexión compasiva
naturaleza
· impacto en el entorno terapéutico de la
necesidad en la corregulación
necesidades metabólicas de cada momento
· sistema nervioso autónomo en la regulación de la respiración en respuesta a las
nervio de la compasión

· nervio vago como
nervio vago
· acciones del
· como conducto de conexión
· como nervio de la compasión
· definición
· descripción
· inteligente
· primitivo. *Ver* nervio vago dorsal
· social
· vías del
nervio vago dorsal
· descripción
· e inmovilización
· raíces tempranas del
nervio vago primitivo. *Ver* nervio vago dorsal
nervio vago ventral
· como proveedor de una base neurobiológica para la salud, el crecimiento y la restauración
· dependencia del
· en el compromiso social y en la conexión

· en la represión de la frecuencia cardíaca

· influencia en la frecuencia cardiaca

neurocepción

· acciones del sistema nervioso autónomo a través de la

· bases de la

· buscar señales de

· cambio de seguridad a peligro

· características de la

· de inseguridad

· de seguridad

· definición

· del paciente

· descripción

· desencadenante de la

· en la teoría polivagal

· en respuesta al sonido

· expectativas autónomas con la

· función de la

· percepción frente a

· respuestas a la

· sistema nervioso autónomo y

· sonido como desencadenante de seguridad en la
· vía pasiva en la relación terapéutica
· vías positivas de
Nichols, W. J.
NIDCAP. *Ver* Programa de Evaluación y Cuidado del Desarrollo Individualizado del Recién Nacido (NIDCAP)
Nin, A.
niños
· juego como lenguaje universal de los
O'Donohue, J.
O'Keeffe G.
Odisea
Ogden, P.
ojos en el envío y búsqueda de señales de seguridad
Oliver, M.
"Orientarse en un mundo defensivo: modificaciones de los mamíferos en nuestra herencia evolutiva. Una teoría polivagal"
paisaje(s)
· impacto en el entorno terapéutico
paradigma del rostro inexpresivo
paradoja vagal

pareja al mapear en el espacio

patrones

· autónomos

· de juego

· de respuesta adaptativa. *Ver también* patrones de respuesta adaptativa

· exploración de

patrones autónomos construidos con el tiempo

patrones de respuesta

· adaptativa. *Ver también* patrones de respuesta adaptativa

patrones de respuesta adaptativa

· freno vagal

· homeostasis

· introducción

· jerarquía autónoma en los. *Ver también* jerarquía autónoma

peligro

· de la seguridad al

· señales a través del sonido

· vía vagal dorsal en respuesta a señales de

pendulación en el ejercicio SIFT

pensamiento

· continuo

· todo o nada
pensamiento continuo
pensamiento de todo o nada
percepción
· descripción
· personal. *Ver* percepción personal
· neurocepción frente a
percepción personal
· realidad frente a
perfil de juego personal
· creación del
perfiles autónomos
· continuo de
poder curativo del tacto
poder de la respiración
poder del tacto
· relacionado con la curación
Polyvagal PlayLab
Porges, S. W
· búsqueda de Google de
postura

· cambios de

práctica de percibir y nombrar

· al estar presente en estados autónomos

· cuatro pasos de la

práctica disfrutar de lo bueno

· proceso de saborear como resultado de la

prácticas compasivas

· beneficios de las

prácticas de respiración

· regulación voluntaria de las

“preámbulo al apego”

· seguridad autónoma como

presencia

· contacto físico en la expresión de la

principio de Ricitos de Oro

proceso de saborear

· práctica disfrutar de lo bueno como resultado del

prodigio

· sensación de

prosodia
· definición
· descripción
· importancia de la
· jugar con la
· poder de la
· sistema nervioso autónomo en el reconocimiento de las características de la
psicoterapias orientadas al cuerpo
Psychophysiology
Raisz, E. J.
rama parasimpática del sistema nervioso autónomo
· vía vagal dorsal de la
· vía vagal ventral de la
rama simpática del sistema nervioso autónomo
reacciones autónomas
reactividad
· reflexión frente a
realidad
· percepción personal frente a
reciprocidad

· como guía para tu vida
· conversación y
· definición
· descripción
· en las relaciones
· imaginar momentos de
· momentos de
· pérdida de
· recordada
· seguimiento de la
Reck, C.
reconexión después de la ruptura
recurso(s)
· definición
· respuestas relacionadas con los
reevaluación
· definición
· función de
· positiva
reflejo de movimientos
reflexión

· reactividad frente a
“regla del tres”
“reglas de juego”
regulación
· a través del cuerpo
· aprender sobre la
· autónoma
· camino pasivo a la
· de practicas de respiración
· descendente
· estado vagal ventral de
· interactiva
regulación *(continúa)*
· mapa de desencadenantes y destellos para llevar la atención a momentos de
· restablecedores de la
· vagal. *Ver también* regulación vagal
· vía activa hacia la
regulación autónoma para el bienestar físico y fisiológico
regulación del oído medio
· sistema nervioso simpático en la

regulación interactiva
· autorregulación construida sobre la base de la
regulación vagal
· ejercicio de tres nuevas formas
· ejercicio de ver a través de los estados
· ejercicio del continuo
· ejercicios de
· ejercicios SIFT
· en el estado intermedio
Reich
relación terapéutica
· vía pasiva de la neurocepción en la
relaciones
· corregulación en la esencia de las … positivas
· explorar experiencias autónomas de las
· flujo continuo de ruptura y reparación en las
· reciprocidad en las
· vía pasiva en las … terapéuticas
reparación
· encontrar la adecuada
· habilidades de

respiración

- · al personificar el estado autónomo del paciente
- · automática
- · cambiar el ritmo de la
- · como vía directa al sistema nervioso autónomo
- · con intención
- · de normal a lenta
- · de resistencia
- · descripción
- · diafragma en la
- · dibujar la
- · ejercicios de
- · en transición
- · formas de conectar con la
- · oceánica
- · para activarse
- · poder de la
- · ralentizada
- · regulación en respuesta a las necesidades metabólicas de cada momento
- · ritmo de la
- · temerosa

· tonificar el sistema con la
· ujjayi
respuesta
· autónoma
· jerarquía de
respuesta de huida
respuesta de lucha o huida
respuesta de lucha
respuesta de supervivencia adaptativa
· sistema nervioso autónomo al iniciar la
respuesta habitual
· autocrítica como
respuesta simpática
respuesta vagal dorsal
· a un continuo de experiencias
· desenlace neurológico de la
respuestas autónomas al juego
restablecedores de la regulación
· suspiros como
ritmo
· escribir sobre el

ritmo cardiaco
· influencia del vago ventral sobre el
ritmo de exhalación
· imágenes en exploración del
ritmo de inhalación
· imágenes en exploración del
ritmo de respiración
· cambiar el
Rumi
ruptura
· experiencias de
· percibir y nombrar
· reconexión después de la
· reparación de la
· tipos de
saborear
· arte de
· aumentar el valor de
· aumentar y prolongar la experiencia de
· como ejercicio neuronal
· definición

· descripción
· ejercicios de
· en la regulación de las emociones
· estado de
· experiencias
Safran, J. D.
saludo
· conexión física como
seguimiento de cuatro mapas
· y estar presente en los estados autónomos
seguridad
· autónoma
· camino pasivo a la
· corregulación y
· de la … al peligro
· escuchar frente a ver
· los ojos en el envío y búsqueda de señales de
· neurocepción de
· sistema nervioso autónomo y
· sonido en la
· vía activa hacia la

· vía ventral vagal como apoyo a los sentimientos de seguridad autónoma como preámbulo al apego
self
· conciencia autónoma como parte de la experiencia del
· neuronal
· sensible
sensación autónoma de hogar
· encontrar la propia
sensación de bienestar
· sistema nervioso autónomo en la
sensación de prodigio aportada por el asombro
sensaciones, imágenes, sentimientos y pensamientos (SIFT)
· como recurso. *Ver también* SIFT (sensaciones, imágenes, sentimientos y pensamientos)
sentir la conexión conexión cara-corazón
señales
· en busca de
· en el entorno terapéutico
· faciales
señales de peligro en el entorno doméstico
señales de seguridad

· en el entorno doméstico
señales faciales
· sistema nervioso simpático en la lectura de
separación de materia y mente
serie de formación Rhythm of Regulation
SGP. *Ver* sustancia gris periacueductal (SGP)
Shadwell, T.
Shakespeare, W.
Siegel, D.
SIFT (sensaciones, imágenes, sentimientos y pensamientos)
· como recurso
· creación de
· ejercicios
· pendulación en el
Simon-Thomas, E. R.
síncope vasovagal
sistema de compromiso social
· calidez en el
· deprimido o disfuncional
· descripción
· el habla para ejercitar elementos del

· estado vagal ventral y
· evolución del
· experimentar con elementos del
sistema de vigilancia autónoma
· anatomía del
sistema nervioso
· autocompasión al trabar amistad
· mapeo del. *Ver también* mapeo autónomo
· moldear el
· navegar por el
· tonificación mediante recepción y envío de sonido
· trabar amistad con el
sistema nervioso autónomo
· al aprender sobre el mundo y ser tonificado hacia hábitos de conexión o protección
· al iniciar la respuesta de supervivencia adaptativa
· al reconocer las características de la prosodia
· al regular la respiración en respuesta a las necesidades metabólicas de cada momento
· como fundamento sobre el que se construyen nuestras experiencias vividas

· como hogar

· como plataforma de seguridad

· como sistema de movimiento

· como sistema relacional

· conformación de eventos

· descripción

· ejercicio del camino a la terapia y

· en conexión

· en la seguridad

· en la teoría polivagal. *Ver también* teoría polivagal

· en sintonía con las condiciones del entorno

· escalera del. *Ver también* escalera autónoma

· escucha disimulada del entorno a través del sonido

· evolución del

· jerarquía del. *Ver* jerarquía autónoma

· lenguaje del

· moldeado a través de la experiencia

· movimiento en la conformación del

· neurocepción y

· papel del

· patrones y tempo y

· principio de funcionamiento del
· rama parasimpática del
· rama simpática del
· ramas del
· reciprocidad como regulador del
· respiración como vía directa hacia el
· respuestas del. *Ver también tipo específico*
· tacto para estimular el
· trabajo conjunto de los sistemas
· trauma y
sistema nervioso parasimpático
· origen del
sistema nervioso simpático
· acción y
· ejercicio sobre el
· en alerta máxima
· en el mapa de desencadenantes y destellos
· en el mapa del perfil personal
· en el movimiento
· en la lectura de señales faciales
· en la movilización

· en la regulación del oído medio
· evolución del
· origen del
· papel del
sistema relacional
· sistema nervioso autónomo como
sistema vagal dorsal
· ejercicio sobre el
sistema vagal ventral
· ejercicio sobre el
· en la regulación de la llamada a la acción
· evolución del
· papel del
Slavich, G. M.
Society for Psychophysiological Research
soledad
· aumento de la
· dolor relacionado con la
“solo a salvo”
sonido(s)
· cantando

· canto
· canturrear
· como desencadenante de la neurocepción de seguridad
· como vía para que el sistema nervioso autónomo escuche disimuladamente el entorno
· de seguridad
· hacer y tomar
· impacto en el entorno terapéutico
· información de supervivencia llevada por
· respuesta a
· señales de seguridad y peligro a través del
· sistema nervioso autónomo en respuesta a los
· tipos de
· tonificar el sistema nervioso a través de la recepción y envío de
sonrisa
· de Duchenne
· genuina
· social
supervivencia
· corregulación en la
· requisitos para la

· sonido en la
suspiro(s)
· como restablecedores de la regulación
· con intención
· conectar con los … reguladores
· de alivio
· descripción
· espontáneos
sustancia gris periacueductal (PAG)
Syrus, P.
temperatura
· impacto en el entorno terapéutico
Templeton, K. J.
tempo
· autónomo
· corteza temporal
· en la conexión
· exploración del
teoría polivagal
· a través de la lente polivagal
· aproximación al trauma complejo

· búsqueda en Google de la
· como marco neurofisiológico para considerar las razones por las que la gente actúa como lo hace
· corregulación en la
· descripción
· enseñanza de la
· freno vagal en
· guía para principiantes
· historia de éxito
· historias clínicas
· insolencia biológica en la
· introducción a la
· jerarquía en la
· lenguaje de
· neurocepción en
· orígenes de la
· percepción frente a neurocepción en la
· poder explicativo de la
teoría polivagal *(continúa)*
· principios de organización de la

· proceso de expectativas neuronales y proceso consiguiente de violación de estas expectativas
· sistema nervioso autónomo en la
· surgimiento de la
terapeuta (s)
· en el mapeo en el espacio
terapia
· enfoque polivagal de la
· orientado al cuerpo
terapia de fundamento polivagal
terapia orientada al cuerpo
ternura de la calma. *Ver también* calma
Time
Tolle, E.
tono vagal
· función del
"tormenta simpática"
trabar amistad en el trabajo clínico con el trauma
transición
· movimiento con una suave
· respiración en la

trauma
· a través de la lente polivagal
· complejo y enfoque polivagal
· definición
· sistema nervioso autónomo y
· trabar amistad en el trabajo clínico con el
Tronick, E. Z.
Turkle, S.
Tutu, D.
“vago inteligente”
“vago social”
van der Kolk, B.
Veroff
vía vagal dorsal
· descripción
· y la regulación de la digestión
· respuesta a señales de peligro extremo
· estado de cierre de la
· de la rama parasimpática
vía vagal ventral
· como apoyo a sentimientos de seguridad y conexión

· de la rama parasimpática

· descripción

vigilancia autónoma. *Ver también* neurocepción

Wilson, E.O.

Wordsworth, W.

Zorger, T.

PROTOCOLOS DE PSICOTERAPIA®

Arthur E. Jongsma, Jr. EDITOR DE LA SERIE

PLANES DE TRATAMIENTO PARA LA PSICOTERAPIA CON ADULTOS

UNA HERRAMIENTA CON LA QUE AHORRARÁ TIEMPO, EN LA QUE ENCONTRARÁ:

- Planes de tratamiento para 43 problemas conductuales motivo de consulta
- Más de 1.000 metas, objetivos e intervenciones de tratamiento
- Una guía paso a paso para diseñar planes de tratamiento válidos para organismos de financiación, aseguradoras y otras instituciones
- Nuevos **tratamientos basados en la evidencia** como exigen muchos organismos sanitarios públicos y aseguradoras privadas

Arthur E. Jongsma, Jr. y L. Mark Peterson
Timothy J. Bruce, EDITOR COLABORADOR

Planes de tratamiento para la psicoterapia con adultos

Jongsma, Arthur E.
9788494025068
334 Páginas

Cómpralo y empieza a leer

En este libro encontrarás todos los elementos necesarios para diseñar rápida y fácilmente planes de tratamiento formales cumpliendo los requisitos de sociedades médicas, compañías de seguros, organismos de financiación, administraciones públicas y otros terceros pagadores. Una edición con tratamientos basados en la evidencia y demostrados empíricamente. Organizada en torno a 43 principales problemas motivo de consulta, como el manejo de la ira, la adicción a sustancias, la depresión, los problemas económicos, la baja autoestima y el trastorno obsesivo compulsivo. Se proponen más de 1.000 metas, objetivos e intervenciones de tratamiento, que puede completar con sus propias opciones de tratamiento. Un formato por referencias fácil de usar que ayuda a localizar los diferentes elementos de los planes de tratamiento ordenados por problema conductual. Incluye como muestra un plan de tratamiento que cumple los requisitos de la mayoría de organismos de financiación y agencias de acreditación de EE.UU., incluidas las Comisión de Acreditación de Centros de Rehabilitaación (CARF), la Comisión Mixta de de Acreditación de Organizaciones Sanitarias (JCAHO), y el Comité Estadounidense para el Control de la Calidad (NCQA)-

Cómpralo y empieza a leer

EL CUERPO LLEVA LA CUENTA

Cerebro, mente y cuerpo
en la superación del trauma

Bessel van der Kolk, M.D.

El cuerpo lleva la cuenta

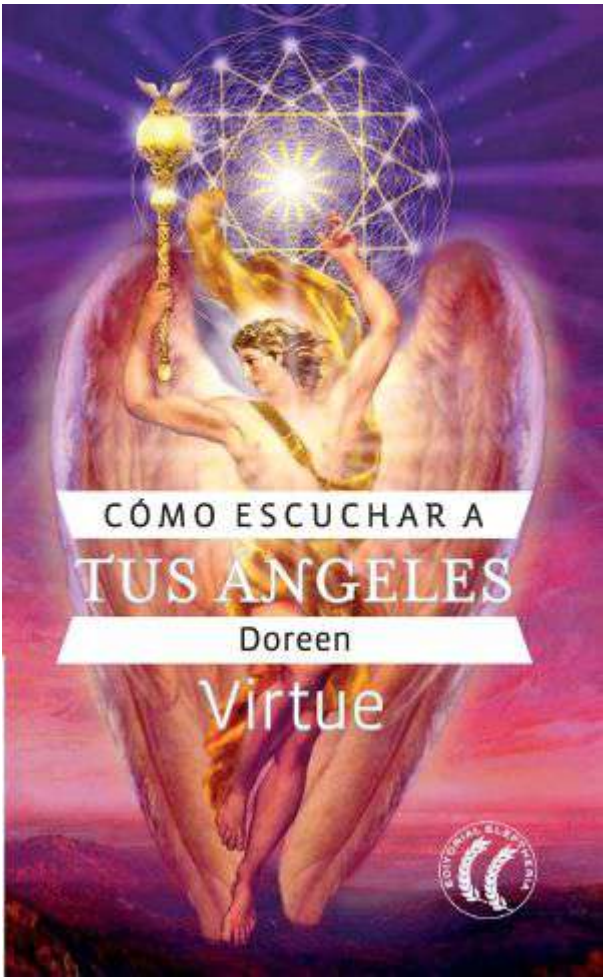
van der Kolk (M.D.), Bessel
9788494480157
502 Páginas

Cómpralo y empieza a leer

Este libro profundamente humano ofrece una nueva comprensión radical de las causas y consecuencias del trauma, que ofrece esperanza y claridad a todas las personas afectadas por su devastación. El trauma ha surgido como uno de los grandes retos de la salud pública de nuestro tiempo, no sólo por sus efectos bien documentados sobre los veteranos de guerra y víctimas de accidentes y delitos, sino debido a la cifra oculta de la violencia sexual y familiar y en las comunidades y escuelas devastadas por el abuso, el abandono y la adicción. Basándose en más de treinta años en la vanguardia de la investigación y la práctica clínica, Bessel Van Der Kolk muestra que el terror y el aislamiento en el núcleo del trauma, literalmente, remodelan tanto cerebro como el cuerpo. Nuevos conocimientos sobre nuestros instintos de supervivencia explican por qué las personas traumatizadas experimentan ansiedad incomprensible y rabia paralizante e intolerable y cómo el trauma afecta su capacidad para concentrarse, recordar, formar relaciones de confianza e incluso para sentirse como en casa en sus propios cuerpos. Estas personas, después de haber perdido el sentido del autocontrol y frustrados por las terapias fallidas, a menudo temen estar dañados sin posibilidad de recuperación.
El cuerpo lleva la cuenta es la inspiradora historia de cómo un grupo de terapeutas y científicos, junto con sus valientes y memorables pacientes, han luchado por integrar los recientes avances en la ciencia del cerebro, la investigación del apego y la conciencia corporal en tratamientos que puedan

liberar a los supervivientes del trauma de la tiranía del pasado. Estos nuevos caminos hacia la recuperación activan la neuroplasticidad natural del cerebro para reconectar el funcionamiento perturbado y reconstruir paso a paso la capacidad de "saber lo que se sabe y sentir lo que se siente".

Cómpralo y empieza a leer


CÓMO ESCUCHAR A
TUS ANGELES
Doreen
Virtue

Cómo escuchar a tus ángeles

Virtue, Doreen
9788494501937
235 Páginas

Cómpralo y empieza a leer

"Desde 1995 he realizado talleres en todo el mundo sobre cómo conectar con los ángeles, sanar con ellos y aprender a escucharlos. Este libro nace como resultado de las experiencias que he tenido con todo tipo de alumnos, sin que ni su origen ni su edad importen. He aprendido que todos tienen la capacidad de oír a los ángeles si únicamente confían y dejan de lado sus dudas. Si utilizas los métodos que aquí describo, podrás conseguirlo también." — Doreen Virtue PhD

Cómpralo y empieza a leer

Teoría U

SEGUNDA EDICIÓN

Liderar desde el futuro a medida que emerge

C. Otto Scharmer

Prólogo de Peter Senge

Edición revisada y actualizada con un nuevo prefacio, casos de estudio e imágenes en color del viaje de la U.

Teoría U

Scharmer, C. Otto
9788494674723
484 Páginas

Cómpralo y empieza a leer

Acceda a la fuente más profunda de inspiración y visión

Vivimos en una época de fracasos institucionales masivos que se manifiestan en la destrucción de los fundamentos de nuestro bienestar social, económico, ecológico y espiritual. Afrontar estos retos requiere una nueva conciencia y una nueva capacidad de liderazgo colectivo. En este libro innovador, Otto Scharmer nos invita a ver el mundo de nuevas maneras y así descubrir un enfoque revolucionario para el liderazgo y el aprendizaje

En la mayoría de los grandes sistemas de hoy creamos colectivamente resultados que nadie quiere. ¿Qué nos mantiene atascados en los patrones del pasado? Nuestro punto ciego, es decir, nuestra falta de conciencia del lugar interno desde donde nuestra atención e intención se originan. Al movernos a través del proceso U de Scharmer, accedemos conscientemente a nuestro punto ciego y aprendemos a conectarnos con nuestro Ser auténtico, la fuente más profunda de conocimiento e inspiración. *Teoría U* ofrece una rica diversidad de historias, ejemplos, ejercicios y prácticas convincentes que permiten a líderes, organizaciones y sistemas, copercibir y cocrear el futuro que está queriendo emerger.

Esta segunda edición presenta un nuevo prefacio en el que Scharmer identifica cinco corrientes transformadoras y describe casos de estudio del proceso U en todo el mundo. También incluye ocho dibujos en color de Kelvy Bird que

capturan las aplicaciones del viaje de la U e ilustran los conceptos del libro, así como nuevos recursos para aplicar los principios y las prácticas.

Cómpralo y empieza a leer

La mente compasiva

Una nueva forma de enfrentarse a los desafíos vitales

PAUL GILBERT

La mente compasiva

Gilbert, Paul
9788494759260
600 Páginas

Cómpralo y empieza a leer

"Paul Gilbert ha creado una obra maestra que nos empuja a emplear el poder de nuestra mente para orientar nuestro cerebro hacia la compasión y la bondad. Al explorar la ciencia de nuestros antiguos circuitos neuronales y relacionarla con las presiones de nuestra cultura contemporánea, La mente compasiva nos hace emprender un impresionante viaje a los orígenes de nuestro actual reto de vivir una vida con sentido, conexión y resiliencia. Gilbert nos muestra entonces con detalle y de forma útil las importantes prácticas personales que nos ayudan a agudizar nuestras habilidades en la compasión por nosotros, por los demás y por el mundo en que vivimos. El resultado no es sólo más felicidad y mejor salud física, sino relaciones más significativas con los demás e, incluso, con nuestro planeta".

Daniel J. Siegel, autor de *Mindsight*

Cómpralo y empieza a leer